Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

COLLECTION ÉTUDES ET STATISTIQUES

violences et santé en France

état des lieux

Sous la direction de
François Beck
Catherine Cavalin
Florence Maillochon



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT




violences et santé en France
état des lieux

VIOLENCES ET SANTÉ EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX

sous la direction de
François Beck, Catherine Cavalin et Florence Maillochon

Directrice de la publication
Anne-Marie Brocas
Responsabilité scientifique
Isabelle Robert-Bobée, Ronan Mahieu
Coordination éditoriale
Sarah Netter

Relecture
Marie Ruault, Maryse Jaspard, Cyril Rizk, Jean-Pierre Marissal, Michel Dépinoy, Christine Chan Chee, Laure Com-Ruelle

Pour les précieux éclairages qu'ils ont pu apporter à différentes phases de conception de l'enquête Événements de vie et santé, nous remercions : **François Capin-Dulhoste, Marie Choquet, Hélène Escalon, Bruno Falissard, Carole Frazier, Philippe Guilbert, Thierry Hergueta, Myriam Khlat, Maryse Jaspard, Jean-Louis Lanoë, Alain Leplège, Georges Menahem, Laurent Mucchielli, Jacqueline Paviot, Marie-Lys Pottier, Cyril Rizk, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Marie-Ange Schiltz, Renée Zauberman et Marie Zins.**

DICOM : 10.100
DF : 5HC24110
ISBN : 978-2-11-008372-2

Présentation des auteurs

Maïté Albagly : économiste spécialiste des questions de genre, Société civile Psytel

Sévane Ananian : statisticien, DARES, à la DREES au moment de la rédaction de l'article

Sandrine Baffert : économiste en santé, Institut Curie

Olivier Bart : statisticien, INSEE

François Beck : statisticien et sociologue, INPES / Cermes3, équipe Cesames (Centre de recherche Médecine, sciences, santé, santé mentale, société, Université Paris Descartes/CNRS UMR 8211/INSERM unité 988/EHESS)

Nathalie Blanpain : statisticienne, INSEE, à la DREES au moment de la rédaction de l'article

Catherine Cavalin : sociologue, CEE, à la DREES au moment de la réalisation de l'enquête EVS

Jean-Marie Firdion : sociologue, CNRS, Centre Maurice Halbwachs, équipe de recherches sur les inégalités sociales, UMR 8097

Romain Guignard : statisticien, INPES

Emmanuelle Guyavarch : démographe, Observatoire du samu social de Paris, à l'ONED au moment de la rédaction de l'article

Damien Léger : professeur de médecine, Centre du sommeil et de la vigilance, Université Paris Descartes, Faculté de médecine de l'Hôtel Dieu, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Stéphane Legleye : statisticien, INED / INSERM unité 669, Université Paris-XI

Florence Maillochon : sociologue, CNRS, Centre Maurice Halbwachs, équipe de recherche sur les inégalités sociales, UMR 8097

Laura March : statisticienne, ENSAI, à l'INPES au moment de la rédaction de l'article

Claude Mugnier : biostatisticien, Société civile Psytel

Marc Nectoux : biostatisticien, Société civile Psytel

Isabelle Parizot : sociologue, CNRS, Centre Maurice Halbwachs, équipe de recherche sur les inégalités sociales, UMR 8097

Bertrand Thélot : médecin épidémiologiste, InVS

Marion Selz : statisticienne, CNRS, Centre Maurice Halbwachs, équipe de recherche sur les inégalités sociales, UMR 8097

• **CEE** : Centre d'études de l'emploi • **CNRS** : Centre national de la recherche scientifique • **DARES** : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques • **DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques • **EHESS** : École des hautes études en sciences sociales • **ENSAI** : École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information • **INED** : Institut national des études démographiques • **INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé • **INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques • **INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale • **ONED** : Observatoire national de l'enfance en danger • **UMR** : Unité mixte de recherche.

Sommaire

VIOLENCES ET SANTÉ EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX

Préface

Dans le discours politique actuel et dans les médias qui le relaient, la violence semble envahissante, permanente, guettant chaque citoyen et, surtout, en augmentation constante. Pourtant les historiens le savent bien, la décennie 2001-2010 est l'une des moins violentes que le monde ait jamais connues. Au Moyen Âge, la violence était en quelque sorte constitutive du tissu social et la brutalité des rapports humains appartenait au registre de la normalité. Les turpitudes que l'on dénonce, à juste titre, actuellement, existent de longue date. Il suffit d'évoquer Gilles de Rais, fidèle lieutenant de Jeanne d'Arc mais aussi violeur, tortionnaire et assassin de nombreux enfants.

Depuis le XIIIe siècle, la violence a décliné dans toute l'Europe de l'Ouest même si, on le sait, le processus n'a pas été linéaire et a pu ou peut encore connaître de funestes reprises collectives lors de conflits armés, en particulier. Cette diminution s'est accompagnée d'une tolérance de plus en plus faible face aux actes violents, mais n'a pas entraîné leur dévoilement au grand jour, ni favorisé leur connaissance statistique. Le sujet est en fait devenu tabou, un des meilleurs témoins de cette situation étant le rejet de l'œuvre d'Ambroise Tardieu. Titulaire de la chaire de médecine légale de l'Université de Paris de 1861 à 1879, il a été reconnu par ses pairs pour ses qualités et connaissances médicales, mais les travaux auxquels il a consacré sa vie ont été ignorés puis ont sombré dans l'oubli jusqu'à aujourd'hui. Véritable pionnier de l'étude de la maltraitance des enfants, il avait pourtant décrit les lésions liées aux mauvais traitements, celles causées par les agressions sexuelles sur les petites filles et les caractéristiques des auteurs de ces faits, avec des mots qui restent tout à fait appropriés aujourd'hui ; il s'était aussi penché sur les infanticides et sur le travail des enfants, tout ceci dans l'indifférence générale.

Longtemps essentiellement limitée à ses aspects physiques et traitée au carrefour de l'action de la police et de celle de la justice, la violence est récemment devenue un objet de réflexion pour le secteur de la santé, dans un contexte de médicalisation de certains phénomènes sociétaux et de sollicitation accrue du système de soins. Il est vrai, en effet, que les conséquences somatiques ou psychologiques de la violence constituent une cause de plus en plus visible de prise en charge par le système de santé et les organismes de protection médico-sociale. De ce fait, les professionnels de la santé, et en particulier ceux de la santé publique, se doivent d'assumer la prévention et la prise en charge des effets sanitaires de la violence. Ces évolutions sont parallèles au développement de la victimologie, discipline dont la création en France date des années 1990. Cet intérêt pour les aspects sanitaires de la violence s'est trouvé renforcé par le *Rapport mondial sur la violence et la santé* de l'OMS en 2002. Parallèlement, en France, l'Observatoire national de la délinquance (OND, devenu depuis peu ONDRP, Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales) a été créé en 2003 et les rapports annuels de cette institution ont produit depuis 2007 des informations à la fois sur la criminalité, telle que recensée par la police et la gendarmerie, et sur les résultats des enquêtes de victimation, mises en place en association avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et rapportant le point de vue des victimes, interrogées sur les agressions qu'elles avaient subies.

Que nous apprennent ces données ? Elles confirment tout d'abord que les enquêtes auprès des victimes rapportent des chiffres d'agressions généralement supérieurs à ceux consignés dans les statistiques de la criminalité ; ensuite que cette violence est stable ces dernières années ; enfin qu'il existe une dissociation entre la fréquence des agressions et le sentiment d'insécurité. Ainsi le « sentiment d'insécurité dans le quartier » apparaît plus fréquemment cité que les actes de violence.

De fait, le discours sur la sécurité brouille l'image des conséquences réelles de la violence dont on n'appréhende finalement ni l'ampleur ni les caractéristiques. Jusqu'à présent on ne savait toujours pas la mesurer, surtout dans sa globalité, c'est-à-dire en incluant toutes ses conséquences, des lésions physiques au retentissement psychologique.
Face à un patchwork assemblant les faits divers véhiculés par les médias (sur les violences conjugales, le syndrome du bébé secoué, les néonaticides, etc.), les données de la police et de la gendarmerie, les résultats des enquêtes de victimation de l'INSEE, ceux de travaux de recherche tels que l'enquête ENVEFF (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France), l'ouvrage *Violences et santé en France : état des lieux* constitue une véritable tentative d'appréhender et objectiver la violence telle qu'elle est vécue par ses victimes, selon une vision globale, incluant notamment des actes de violence psychologique et des faits concernant les deux sexes. Et il ne s'agit pas là d'un point mineur ! En effet, si les violences envers les femmes dominent incontestablement, par leur fréquence reconnue et la gravité de leurs conséquences, le tableau des violences selon le sexe, il paraît opportun de dépasser cette réalité statistique pour s'intéresser à la question du « genre », c'est-à-dire de comprendre pourquoi ce sont les rôles sexués socialement établis qui sont à l'origine des relations de domination et de pouvoir qui engendrent la violence. Cette approche permet aussi de comprendre que ce sont des mécanismes de discrimination du même type qui sont à l'origine d'actes tels que les violences homophobes.
Dans cet ouvrage, il a été choisi d'utiliser une définition large de la violence qui s'inscrit dans un fonctionnement d'emprise sur l'autre et est fondée sur un rapport de force ou de domination, s'exerçant par des brutalités physiques ou mentales. Une des hypothèses est de pousser jusqu'au bout la notion d'atteinte à « l'intégrité de la personne ». Il s'agit par exemple de pouvoir tester si, même lorsqu'une atteinte à des biens matériels a été perpétrée sans agression directe de la personne, celle-ci déclare tout de même en avoir subi des conséquences autres que matérielles (pour sa santé, psychologiques, professionnelles, etc.).
Une grande importance a été accordée, dans le présent ouvrage, à la méthodologie en tant qu'objet propre. Face à une réalité complexe, des indicateurs fins et multiples ont été développés ; chaque outil a été soigneusement choisi et chaque définition soigneusement pesée. Le questionnaire aborde l'état de santé sous l'angle biographique et une réflexion approfondie a été menée sur l'impact de sa construction sur les réponses. Il s'agit en effet d'un questionnaire progressif qui ménage la sensibilité des enquêtés et des enquêteurs et la progressivité du questionnement s'avérait, dans cette enquête, déterminante des conditions de passation.
Cette rigueur méthodologique éclaire les résultats et en assure la fiabilité. Et ceux-ci donnent le frisson puisque, chez 32% des personnes âgées de 18 à 75 ans, on note des relations entre violences subies, problèmes de santé et difficultés de vie. La violence sur les plus vulnérables, au premier rang desquels les enfants, est largement abordée et l'enquête Événements de vie et santé (EVS), décrite dans cet ouvrage, a contribué à évaluer le fameux « chiffre noir de la maltraitance ».
Cet ouvrage a aussi le mérite de contredire des clichés, par exemple en chiffrant l'exposition des jeunes aux violences physiques, car on oublie bien souvent qu'ils peuvent être victimes et pas seulement auteurs. Il est également largement pluridisciplinaire dans son approche du problème et introduit une dimension économique, essentielle ici tant les conséquences de la violence, à court comme à long terme, sont coûteuses.
On ne peut avoir qu'un seul regret, mais ni les auteurs d'EVS ni ceux du livre ne peuvent en être tenus pour responsables, c'est qu'une enquête qui concernerait directement les enfants (et ne se contenterait donc pas d'interroger les adultes de manière rétrospective) n'ait encore pas vu le jour. Il s'agit là hélas d'une habitude en France, pays dans lequel le statut de l'enfant est devenu misérable : loin d'être une « personne », il semble plutôt être la propriété de sa famille, même si celle-ci est nocive. Et la « violence éducative ordinaire » (gifles, fessées, punitions, paroles dures, etc.) est bien celle qui montre le mieux que la violence traduit l'incapacité à com-

muniquer et se présente comme un aveu d'impuissance et un dernier recours, qui ne peut être qu'inefficace : quelle est en effet la crédibilité de parents qui en sont réduits à utiliser leur supériorité physique comme outil pédagogique ?

En ce domaine, le chemin à parcourir reste long dans notre pays. Face à l'initiative du Conseil de l'Europe « Construire une Europe pour et avec les enfants », visant à lutter contre les châtiments corporels à l'encontre des enfants, une proposition de loi a été déposée en France, mais elle a été immédiatement tournée en dérision et appelée « la loi sur la fessée », sans malheureusement que soit donnée l'opportunité d'une vraie réflexion sur l'enjeu de taille qu'elle soulève. Et il est navrant de constater que divers sondages, dont la valeur scientifique est sans doute sujette à caution mais dont les résultats sont convergents, montrent qu'une majorité de Français est hostile à une loi contre les châtiments corporels, « car ceux-ci apprennent à l'enfant le respect de l'autorité ». Le Conseil de l'Europe, lui, demande à la France d'inscrire dans sa loi l'abolition des châtiments corporels, comme l'ont fait la Suède, l'Espagne, le Portugal, l'Allemagne... 18 pays européens.

On ne peut qu'espérer que ce livre contribuera à alimenter la réflexion de ceux qui nous gouvernent, à les prévenir du simplisme qui consiste à cibler des groupes violents selon des critères d'appartenance ethnique, de lieu de résidence, ou encore d'âge, à leur rappeler que les auteurs de violences ont bien souvent été des victimes et à leur faire prendre conscience que les enfants sont l'avenir de notre société.

Anne TURSZ
Pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche à l'INSERM

Introduction

François BECK, Catherine CAVALIN, Florence MAILLOCHON

Le 25 novembre 2009, lors de la dixième Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes instituée par les Nations Unies, le Premier ministre François Fillon annonçait que les violences envers les femmes constitueraient, pour la France, « la Grande cause nationale » de l'année 2010[1]. C'était pour lui l'occasion de souligner la nécessité, dix ans après l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), de continuer à élargir et préciser la connaissance des actes violents perpétrés en population générale, particulièrement dans la sphère privée. 2010 est aussi la dernière année du deuxième Plan global triennal de lutte contre les violences faites aux femmes, promu par le ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, le premier ayant notamment donné lieu à des mesures législatives novatrices, parmi lesquelles la loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs[2].

Ces quelques étapes relevées dans l'agenda politique indiquent combien la lutte contre les violences (envers les femmes, mais pas seulement) est devenue un thème central et récurrent pour les récents gouvernements, et ce en tant que problème sanitaire. Dans l'enchaînement des décisions ou la mise en place des dispositifs d'action ou de connaissance effectués avant la seconde moitié de la décennie 2000, se distingue ainsi le rapport remis par Anne Tursz au ministre de la Santé en octobre 2005[3]. Celui-ci s'articule avec l'un des plans prioritaires nationaux annexés à la loi relative à la politique de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004 : le Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, conçu comme un moyen d'étendre des actions déjà engagées contre la violence routière à des types de violences beaucoup plus divers, exercés tant dans la sphère publique et privée, et tels que les entend l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Avec la publication du *Rapport mondial sur la violence et la santé*[4] en 2002, l'OMS a contribué à la prise de conscience et au mouvement opérés en France à cette époque. En affirmant l'importance du coût des effets de la violence sur la santé et la grande ignorance de leurs mécanismes, l'OMS incitait les nations partenaires à faire progresser la connaissance, statistique notamment, et les moyens politiques d'action.

Déjà vivement sensibilisée à la question de la mesure des violences et à leurs effets sur la santé par l'enquête ENVEFF (2000), la France a entendu cet appel, comme l'a notamment exprimé la volonté du ministère de la Santé de voir se réaliser une enquête statistique qui, interrogeant hommes et femmes, permettrait d'éclairer la nature des relations existant entre violences subies et état de santé des personnes. Cette enquête, Événements de vie et santé (EVS), réalisée en 2005-2006 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) avec le concours de terrain des enquêteurs de l'Institut national de la statistique et des

1. Voir le discours du 25 novembre 2009 : http://www.gouvernement.fr

2. Loi portant l'âge nubile des femmes à 18 ans, à l'égal de celui des hommes, instaurant par ailleurs un dispositif nouveau d'éloignement de l'auteur du domicile de la victime et de prise en charge éventuelle de celui-ci dans les domaines sanitaire, social ou psychologique et élargissant les circonstances aggravantes à parité aux conjoints, aux concubins, aux personnes pacsées, aux ex-conjoints, ex-concubins et personnes antérieurement pacsées, et à de nouvelles infractions (meurtres, viols et autres agressions sexuelles).

3. Tursz A., *Violence et santé. Rapport préparatoire au plan national*, La Documentation française, 2006, 256 p.

4. Krug E.-G., Dahlberg L.-L., Mercy J.-A., Zwi A., Lozano-Ascensio R., 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé, Organisation mondiale de la Santé*, Genève, 376 p.

études économiques (INSEE), constitue le matériau central de cet ouvrage et est donc, aussi, l'une des expressions de cet intérêt récemment exprimé en France à propos des liens entre violences et santé.

Violence et santé sont deux notions polymorphes, ce qui rend l'étude de leurs liens particulièrement complexe. Notamment, la causalité entre les violences subies par une personne et la dégradation de son état de santé n'est pas forcément immédiate, comme tend à le faire oublier l'effet direct et visible des coups entraînant l'ecchymose, la plaie ouverte, la fracture ou même la mort.

La complexité des relations entre violences subies et état de santé se vérifie quand on s'accorde à étendre le périmètre des violences au-delà des seules atteintes physiques et sexuelles et celui de la santé au-delà des lésions physiques, que ce soit du point de vue de la santé mentale, de la qualité de vie ou d'autres dimensions moins ostensiblement somatiques, et ce éventuellement de manière différée dans le temps. Quelles sont les conséquences tangibles, patentes en termes de « santé », d'insultes reçues, de brimades diverses ou même d'actes de prédation tels que les vols, cambriolages ou dégradations de biens ?

Pour tenter d'éclairer les mécanismes par lesquels les violences entrent en résonance avec la santé, l'enquête EVS considère par conséquent les violences selon une acception large, englobant les violences verbales, physiques, sexuelles, psychologiques et les atteintes aux biens détenus par les personnes, de même qu'elle envisage la santé dans de multiples dimensions couvrant à la fois les aspects somatiques, fonctionnels, mentaux ou sociaux.

Certes, la réalisation de l'enquête EVS est intervenue cinq ans après celle de l'enquête ENVEFF, première étude statistique du genre dont la méthode et les résultats avaient enfin procuré de la connaissance en même temps que de précieuses pistes de réflexion pour les travaux futurs, alors que la France se caractérisait par un important retard en termes d'informations fiables par rapport à d'autres pays européens ou d'Amérique du Nord. Certes, les enquêtes dites « de victimation » destinées à interroger l'ensemble de la population sur les actes criminels ou délictueux subis avaient aussi largement précédé EVS sur le terrain de l'appréhension statistique des violences : depuis 1984-1985 (et là aussi avec un certain retard sur quelques pays homologues), à l'initiative du Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP), la France avait commencé à se doter de ces instruments qui cherchent à établir des comparaisons entre la criminalité déclarée et celle que repère déjà la statistique d'activité de la gendarmerie, de la police ou de la justice.

Toutefois, la première de ces sources, en n'interrogeant que des femmes, empêchait d'établir des comparaisons entre la situation de celles-ci et celle des hommes, et même de poser la question de la comparabilité des déclarations des unes et des autres. Par ailleurs, les enquêtes de victimation, en reprenant fidèlement les catégories juridiques ou judiciaires des crimes et des délits, ne questionnaient pas les limites des actes pouvant être qualifiés de violents, pas plus qu'elles n'avaient pour objet de traiter des conséquences sur la santé des violences subies, si ce n'est du point de vue des suites immédiates. Avant le milieu de la décennie 2000, d'autres sources pouvaient aussi fournir des éléments d'information sur certains événements violents et les caractéristiques de santé de leurs victimes : violences physiques et sexuelles abordées dans le Baromètre santé que réalise périodiquement l'Institut national de Prévention et d'Éducation pour la santé (INPES), violences sexuelles questionnées dans l'enquête Analyse du comportement sexuel des Français mise en œuvre par l'Institut national d'études démographiques (INED) et l'Institut national de la Santé et de la recherche médicale (INSERM), par exemple. Là encore, les données étaient cependant partielles : elles portaient sur des types de violences limités, interrogés de manière succincte au sein d'un questionnement embrassant de nombreux autres thèmes.

Aucune opération statistique menée en population générale ne s'était donc, avant EVS, saisie largement des violences auxquelles les hommes et les femmes rapportent avoir été

confrontés, tout en s'efforçant, dans un même mouvement, de caractériser leur état de santé de manière détaillée. Sans faire – bien au contraire – table rase des acquis méthodologiques et des résultats des enquêtes voisines ou travaillant des champs connexes, qui seront rappelés et mis en perspective dans la première partie de cet ouvrage en particulier, EVS a proposé une nouvelle manière d'aborder les relations entre violences et santé. Interroger la santé, la violence et l'articulation des deux a notamment nécessité de faire des hypothèses et de les éprouver par de rigoureuses étapes de test : hypothèses sur la manière d'énoncer les violences et de parvenir à les faire dire de façon suffisamment homogène pour que l'agrégation statistique des subjectivités individuelles puisse faire sens ; sur les effets du mode de passation d'un questionnaire abordant des sujets délicats et intimes ; sur la nature des problèmes de santé à détecter et la manière de les questionner de façon appropriée ; hypothèses fortes, enfin, sur la nécessité de disposer d'éléments de contexte biographiques, comportementaux ou sociaux plus larges que ceux qui sont directement attachés aux violences subies ou à la santé des personnes.

C'est de tout cela que rend compte le présent ouvrage, en tenant les deux bouts de la chaîne, des choix méthodologiques et hypothèses en amont aux résultats en aval, sans négliger non plus la restitution de ce qui, dans la mise en œuvre des outils sur le terrain (protocole de collecte, pratique professionnelle des enquêteurs), participe aussi de la construction du produit final. Le contenu des chapitres qui suivent s'efforce de mettre étroitement en communication la méthode et les résultats, pour montrer l'influence de la première sur les seconds ou l'éclairage que les seconds permettent, a posteriori, de jeter sur la première. Des comparaisons sont établies, aussi souvent que possible et parfois dans des articles qui y sont entièrement consacrés, avec les sources disponibles par ailleurs dans le champ « violences » ou « violences et santé » en France. L'ensemble enfin, sans épuiser la diversité des thèmes que l'enquête permet d'aborder, développe des pistes nouvelles, telles que par exemple le chiffrage du coût économique des violences, et suggère la manière dont les relations entre violences et santé prennent forme, dans un ensemble de questions sociales ou sanitaires plus larges.

Le lecteur peut ici trouver des éléments de connaissance et de réflexion sur le profil et le comportement des personnes qui se déclarent victimes de violences, sur les circonstances qui entourent les agressions subies et leurs conséquences. En particulier, une attention particulière est portée à ce qui permet de différencier la situation des femmes de celle des hommes qui rapportent les mêmes atteintes, ainsi qu'aux écarts de déclarations qui peuvent être repérés entre divers âges de la vie. Plus largement, les questions sont posées en interrogeant la survenue des violences et les états de santé qui y sont associés dans une mise en perspective biographique plus globale : dans quels parcours de vie, émaillés de quels événements, des violences prennent-elles place, avec quelles éventuelles manifestations associées, en termes de santé ? Quels sont les effets des violences, sexuelles notamment, ou d'autres événements difficiles comme le fait d'avoir traversé des épreuves familiales (perte d'un parent pendant l'enfance, sévères privations matérielles…) ? Dans une optique de compréhension sanitaire large des problèmes en cause, la question est également posée de savoir comment les événements de vie difficiles s'articulent à des problèmes de santé tels que les troubles du sommeil ou à des comportements d'usage des substances psychoactives, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou des drogues illicites ?

Grâce à la rencontre d'auteurs issus de disciplines différentes, ayant pris forme dans des contributions nombreuses et variées, et ce malgré les difficultés méthodologiques que soulève la nécessité d'avoir recours, comme dans toute tentative de quantification, à des outils standardisés et simplifiés de diagnostic et d'appréhension des phénomènes sociaux, cet ouvrage offre ainsi un panorama à la fois complet et nuancé de la nature des liens entre événements de vie et santé en France. ■

Partie 1

La construction de l'enquête

Comment questionner les violences subies ?

Comparaison des sources statistiques françaises

Catherine CAVALIN

Terrain encore totalement vierge il y a vingt-cinq ans, l'appréhension statistique des violences a depuis lors été développée par plusieurs enquêtes. En 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déplorait encore une absence totale de données en population générale (Krug *et al.*, 2002). Les résultats sont aujourd'hui relativement abondants. Ils sont toutefois produits avec des concepts, des protocoles de collecte, des questionnaires pas toujours identiques. L'objet statistique « violence(s) » ne coule en effet pas de source : non seulement les outils mis en place pour mesurer les violences sont en France relativement récents ; mais le contenu de la notion même de « violence(s) » doit aussi être précisément délimité pour dépasser les préjugés et connotations qui lui sont attachés (voir l'article p. 35). La comparaison des angles d'attaque sous lesquels les différentes enquêtes abordent cette question doit permettre de comprendre les discordances observées au niveau des résultats. C'est ce même effort de comparaison et de synthèse qui anime des équipes de chercheurs européens, dans la perspective d'harmoniser les outils de mesure (Hagemann-White *et al.*, 2008 ; Martínez et Schröttle, 2006 ; Zauberman, 2008).

État des lieux des sources statistiques françaises

La statistique administrative retraçant l'activité des services de justice, de police et de gendarmerie

Chargés de lutter contre les crimes et les délits, les services de justice, de police et de gendarmerie se sont dotés d'outils de comptage des événements. Ainsi, *L'annuaire statistique de la justice* fournit des données relatives aux moyens et à l'activité de la justice civile et pénale (nombre de juridictions, moyens budgétaires, implantations, activité des juges d'instruction, taux de récidive, etc.), ainsi qu'à l'exécution des peines dans le cadre de l'administration pénitentiaire. En revanche, cette source se limite à une description sociodémographique étroite des auteurs de crimes et délits (nombre de condamnations, nature des peines prononcées, sexe, âge, nationalité des condamnés) et ne procure aucun renseignement sur le contexte des faits recensés ou le profil des victimes. Par ailleurs, le terme de violence apparaît exceptionnellement, pour

distinguer les « condamnations pour violences volontaires » (homicides, coups et violences volontaires, etc.) des « condamnations pour violences involontaires » (homicides ou blessures involontaires, etc.). En outre, les agressions sexuelles sont classées dans une catégorie spécifique. La notion de violence se cantonne donc aux atteintes physiques (coups et blessures) à caractère non sexuel.

Créé en 1972 en France et réformé en 1988 et 1995, *L'état 4001* constitue quant à lui la statistique annuelle de l'activité des services de police et de gendarmerie. Ce document recense tous les types d'infraction ayant suscité une intervention des forces de police et de gendarmerie dans l'année écoulée. Il ne comptabilise toutefois pas tous les délits et crimes signalés, puisqu'il exclut notamment les plaintes pour violences involontaires envers les automobilistes et l'ensemble des délits routiers, de même que l'ensemble des dépôts de main courante. Par ailleurs, son mode de comptage, mêlant diverses unités de compte selon les infractions considérées (nombre de procédures, de victimes, d'auteurs, etc.), est complexe, et la typologie sur laquelle il repose doit s'adapter aux changements législatifs et réformes qui redéfinissent les contours des infractions, des contraventions, des délits, etc. Cela implique d'en analyser les résultats avec de grandes précautions. Enfin, *L'état 4001* reste surtout largement tributaire des normes juridiques et judiciaires, restreignant ce qu'il désigne explicitement comme « violences » aux atteintes physiques à caractère non sexuel, et fournissant peu d'informations sur les victimes, toutes infractions confondues.

Les premières enquêtes de victimation en France

Le caractère partiel des sources statistiques judiciaires et de *L'état 4001* a conduit la France à se doter d'un dispositif d'enquêtes de victimation[1]. C'est au milieu des années 1980, soit une vingtaine d'années après les États-Unis[2], que le Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP) a lancé les premières enquêtes françaises du genre (Zauberman *et al.*, 1990). L'ambition initiale de ces grandes enquêtes quantitatives est de produire une mesure plus objective de la criminalité, en interrogeant directement un échantillon de personnes sur les violences qu'elles estiment avoir subies. Ce faisant, elles entendent établir un « chiffre noir de la délinquance », pouvant être confronté aux statistiques de l'activité judiciaire et policière. Du fait de leur caractère déclaratif, ces enquêtes constituent un précieux complément de savoir. Reste qu'elles continuent de se référer aux catégories de crimes et délits libellées dans la typologie de *L'état 4001* et n'interrogent pas le contenu même de la notion de violences : ce n'est pas leur objet. Par ailleurs, en France en particulier, ces enquêtes sont rapidement sorties de la seule perspective comparatiste, en s'orientant résolument vers la connaissance des caractéristiques des victimes, de leurs comportements et de leurs réactions aux crimes ou délits subis, dans une approche critique de l'adéquation des politiques publiques aux attentes et aux besoins des justiciables en matière de sécurité. Comme le soutiennent certains artisans de ces enquêtes de victimation en France, « l'enquête de victimation et la statistique administrative ne constituent pas deux mesures de la même chose : il s'agit de

1. Par « enquêtes de victimation », on entendra toujours ici les enquêtes « traditionnelles » du genre, à savoir celles qui, en France, sont conduites en conformité ou en référence à *L'état 4001* et puisent leur source d'inspiration dans les enquêtes anglophones pionnières. D'autres enquêtes peuvent, à plusieurs égards, être considérées comme des enquêtes de victimation, au sens où elles reposent sur un questionnaire détaillant des atteintes dont les enquêtés peuvent se déclarer « victimes ». Mais leurs objectifs centraux sont différents des précédentes, auxquelles seules sera donc réservé ici le qualificatif d'enquêtes « de victimation ».

2. Les premières grandes enquêtes quantitatives de victimation ont été lancées au milieu des années 1960 aux États-Unis, dans un contexte d'interrogations au sujet du renouvellement des formes et de la possible augmentation des faits criminels et délictueux. Elles ont débouché sur la mise en place, en 1972 (puis dans un format renouvelé et approfondi, en 1989), d'une enquête annuelle sur un échantillon très important : le National Crime Victimization Survey (NCVS).

comptages opérés auprès d'acteurs différents, situés à des moments différents et soumis à des logiques d'action qui ne coïncident pas. C'est d'ailleurs ce qui donne valeur à leur confrontation, mais il ne faut pas les prendre pour deux comptables refaisant, chacun de son côté, la même caisse » (Robert *et al.*, 1999).

L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), première étape vers l'appréhension statistique des violences subies

Dès les années 1970, les mouvements féministes ont fait de la dénonciation des violences faites aux femmes (violences sexuelles en particulier) un axe important de leurs revendications. Par la suite, les organismes internationaux tels que l'Organisation des Nations Unies (ONU) ont réitéré des appels aux gouvernements pour que soient développés des textes de lois susceptibles de promouvoir une plus grande égalité entre les femmes et les hommes. La plate-forme d'action de Pékin, adoptée en septembre 1995 lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, joue ainsi un rôle déclencheur dans la réalisation de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) en 2000 : elle incite à « promouvoir la recherche, organiser la collecte des données et constituer des statistiques sur la prévalence des différentes formes de violence à l'encontre des femmes, en particulier la violence domestique, et encourager la recherche sur les causes, la nature, la gravité et les conséquences de cette violence, ainsi que sur l'efficacité des mesures mises en œuvre pour prévenir cette violence et la réparer ». L'ENVEFF, réalisée par l'Institut de démographie de l'Université Paris-1 (IDUP), a permis d'interroger par téléphone 7 000 femmes résidant en ménage ordinaire et âgées de 20 à 59 ans.

Cette enquête novatrice a une tout autre origine intellectuelle, politique et scientifique que les enquêtes de victimation. Elle se dote en particulier d'une définition propre de la violence, qui ne s'appuie pas sur les catégories policières ou judiciaires pensées en termes de crimes ou de délits, mais se pose, en référence à l'universalité des droits humains, comme une atteinte à l'intégrité de la personne : « Quelle qu'en soit la nature et quels qu'en soient les protagonistes, les actes violents sont toujours une atteinte à l'intégrité de la personne. [...] Au-delà des actes, la violence s'inscrit dans un fonctionnement d'emprise sur l'autre. Elle est fondée sur un rapport de force ou de domination qui s'exerce par des brutalités physiques ou mentales entre au moins deux personnes. Elle ressortit au désir d'imposer sa volonté à l'autre, de le dominer au besoin en l'humiliant, en le dévalorisant, en le harcelant jusqu'à sa capitulation et sa soumission. Contrairement au conflit, mode relationnel interactif susceptible d'entraîner du changement, la violence – signalant d'ailleurs l'incapacité à communiquer – est perpétrée de façon univoque et destructrice » (Jaspard *et al.*, 2003a, p. 17-18).

L'ENVEFF s'efforce de recueillir les violences perçues et déclarées comme telles par les femmes qui en sont victimes. En ce sens, c'est la première enquête française permettant d'appréhender les violences interpersonnelles au sens large[3] – et de recueillir des éléments de connaissance sur les femmes exposées à des atteintes d'ordre verbal, physique, sexuel ou psychologique, dans différentes situations « ordinaires » (espaces publics ou sphère privée)[4].

3. Par commodité et en référence aux catégories policières, l'usage distingue les atteintes aux personnes, violences désignées le plus souvent comme « interpersonnelles » (verbales, physiques, sexuelles et psychologiques dans l'ENVEFF) des atteintes aux biens (par exemple les vols et tentatives de vols, cambriolages, dégradations de biens). Cette distinction n'a d'autre but que d'indiquer globalement la nature des actes : atteinte directe sur la victime ou geste de prédation. Les deux aspects peuvent évidemment se combiner (par exemple, pour les vols avec coups).

4. Les atteintes aux biens ne sont pas incluses dans le questionnaire de l'ENVEFF, lorsqu'elles ne sont pas associées à une agression directement perpétrée sur la personne. Il ne peut par exemple pas être question de vol « simple » ; le vol n'est traité que lorsqu'il s'accompagne d'insultes, de coups ou autres actes visant directement la personne à l'occasion de (et souvent pour faciliter, du point de vue de l'agresseur) la prédation (voir l'article p. 35).

Du point de vue méthodologique, le questionnement repose sur des principes radicalement différents de ceux des enquêtes françaises de victimation. « La » violence n'est pas appréhendée en tant que réalité globale et abstraite : chacun des types d'atteintes violentes fait l'objet de descriptions factuelles et est décliné dans différentes « sphères » (famille et proches, vie conjugale actuelle, ex-conjoint, espace public, vie professionnelle, etc.). Pour rendre compte des éventuelles agressions sexuelles survenues au sein d'une relation de couple, par exemple, les enquêtées devaient répondre à deux questions :

- « Votre conjoint(e) a-t-il(elle) utilisé la force pour avoir des rapports sexuels avec vous ? »
- « Vous a-t-il (elle) imposé des gestes sexuels que vous refusiez ? »

Si les enquêtées déclaraient que les agresseurs faisaient partie de leur famille ou de leurs proches, il leur était demandé si elles avaient subi des attouchements sexuels, des rapports sexuels forcés (ou des tentatives) ou si elles avaient été contraintes de se déshabiller. Il s'agit donc d'abord de mettre en contexte certains événements ou situations (relation de couple, relations familiales, espaces publics, etc.), puis de désigner ces événements ou situations par des actes ou des gestes décrits sans généralité ni abstraction.

Autre innovation radicale par rapport aux enquêtes de victimation, l'ENVEFF aborde le champ de la santé sous un angle original. Elle comporte des questions « classiques » (qui empruntent largement au registre usuel des enquêtes de santé généralistes) sur les recours et la consommation de soins et de médicaments des douze derniers mois, mais aussi des questions en rapport direct avec des violences subies (traumatologie), les comportements sexuels et les prises de risques éventuellement associées, la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites et la santé mentale. Alors que les enquêtes de victimation ne traitent que les questions de santé en lien direct avec le statut de victime (arrêts de travail, incapacités totales de travail, blessures, consultations ou hospitalisations consécutives aux violences subies, etc.), l'ENVEFF aborde les questions de santé en tant que contexte des violences et permet d'interroger les possibles relations de causes à effets entre violences subies et état de santé.

L'enquête Événements de vie et santé (EVS) : violences subies par les hommes et les femmes, état de santé et contexte biographique

Si l'ENVEFF constitue la première étape vers l'appréhension statistique des violences subies en population générale et des liens entre celles-ci et l'état de santé des victimes, le champ de cette enquête se limite aux violences faites aux femmes. Forte des jalons posés par l'ENVEFF, l'enquête Événements de vie et santé (EVS), élaborée par la DREES et réalisée par les enquêteurs de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), trouve l'une de ses raisons d'être dans l'idée qu'une enquête statistique doit (ou peut en tout cas), pour établir en population générale la nature des relations entre violences subies et santé, questionner tant la population féminine que masculine (Krug *et al.*, 2002). Près de 10 000 personnes, hommes et femmes âgés de 18 à 75 ans et résidant en France en ménage ordinaire, ont ainsi été interrogés en face à face.

Pour pouvoir comparer les données, plusieurs questions d'EVS sur l'occurrence des événements violents sont libellées de la même manière que dans l'ENVEFF. Généralement, tout acte de violence fait l'objet, comme dans l'ENVEFF, de formulations explicites et concrètes et on ne mentionne ici aussi qu'exceptionnellement les termes de « violence » et d'« agression ». La parenté entre l'enquête EVS et l'ENVEFF réside en outre dans une commune définition du concept de violence : définie également comme atteinte à l'intégrité de la personne, emprise d'un ou plusieurs agresseurs sur leur(s) victime(s), la violence est par conséquent placée dans un registre qui ne peut directement être interprété en termes de crimes ou de délits. Par la

manière très factuelle de poser les questions et par leur définition de la violence, l'ENVEFF et l'enquête EVS se distinguent sensiblement des enquêtes de victimation.

L'enquête EVS se différencie toutefois aussi de l'ENVEFF, et pas seulement parce qu'elle interroge des femmes et des hommes. Le champ des violences étudiées est plus large : les atteintes aux biens, même quand elles ne sont pas associées à des atteintes directement perpétrées sur les victimes, font ainsi partie des thèmes d'analyse de l'enquête EVS. Une des hypothèses, *ex ante*, est de pousser jusqu'au bout la notion d'« atteinte à l'intégrité de la personne ». Il s'agit de pouvoir tester si, même lorsqu'une atteinte à des biens matériels a été perpétrée sans agression directe de la personne, celle-ci déclare tout de même en avoir subi des conséquences autres que matérielles (pour sa santé, psychologiques, professionnelles, etc.).

Toujours en matière de contenu, l'enquête EVS permet d'analyser l'état de santé de manière plus approfondie que dans l'ENVEFF. Le module santé d'EVS couvre en effet des aspects similaires à ceux qu'explorent les questions « santé » de l'ENVEFF mais de manière plus détaillée, notamment pour la consommation de substances psychoactives, les consommations de soins sur douze mois et les maladies chroniques (voir l'article p. 35). De plus, le questionnaire standardisé de santé mentale utilisé est susceptible de produire sur certaines pathologies une information plus proche d'un diagnostic. Cela signifie, en termes d'interprétation des données, que les personnes identifiées par le questionnaire comme étant dépressives, par exemple, présentent un état de santé relevant à coup sûr d'une réalité autre qu'un simple manque d'entrain passager, plus proche de ce que l'on pourrait qualifier, selon des critères médicaux, d'épisode dépressif majeur. Enfin, le questionnaire d'EVS aborde l'état de santé sous l'angle biographique : il est presque toujours possible de dater l'occurrence ou la durée des faits, à l'échelle de la vie entière de la personne interrogée.

Cette perspective biographique est présente à travers tout le questionnaire d'EVS. Sans qu'il soit question d'effectuer un recueil de données à caractère ouvert et narratif tel que celui mis en œuvre par exemple dans l'enquête Biographies et entourage (Bonvalet et Lelièvre, 2006), les situations ou événements rapportés sont rattachés, sinon à une date exacte, du moins toujours à une grande période de la vie : enfance (0 à 9 ans), adolescence (10 à 19 ans) ou âge adulte (20 ans ou plus). Cette spécificité de l'enquête ne s'applique pas à tous les événements de la vie, mais à un ensemble étendu d'événements difficiles qui peuvent émailler le parcours biographique de la personne elle-même ou de son entourage (suicides et tentatives de suicide, maladies graves, décès, etc.).

Enfin, du point de vue des méthodes de collecte utilisées, l'enquête EVS a mis en œuvre un protocole d'enquête nouveau par certains aspects, soucieux de s'adapter le mieux possible à la sensibilité des thèmes abordés et au mode de collecte (en face à face et non par téléphone comme dans l'ENVEFF, en recourant à de nouvelles méthodes d'auto-administration, voir l'article p. 53).

Les nouvelles enquêtes de victimation

Les enquêtes de victimation initiées par le CESDIP en 1984-1985 ont connu une évolution notable en 1996 avec l'introduction, dans les enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages (enquêtes PCV ou EPCV) de l'INSEE, de questions portant notamment sur la sécurité, l'insécurité et le sentiment d'insécurité. Certes, jusqu'en 2004[5], ces enquêtes sont restées orientées vers la connaissance des conditions de vie en général, en abordant ce qui a trait à la sécurité des ménages comme un élément parmi d'autres du cadre de vie. Mais à

5. À l'exception de l'édition de 1999, conduite par l'INSEE et l'Institut des hautes études de sécurité intérieure (IHESI), qui a renforcé la part consacrée à l'exploration de la victimation.

partir de 2005, en rapport notamment avec la nouveauté des résultats de l'ENVEFF et le montage de l'enquête EVS, les enquêtes PCV ont débouché sur l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS), réalisée par l'Institut national des hautes études de sécurité (INHES) et l'INSEE. Son questionnaire couvre un champ élargi de la victimation et de l'insécurité, sur un échantillon de plus grande taille. Après un approfondissement du questionnaire en 2006, l'enquête de 2007 inaugure un dispositif (déjà reproduit en 2008, 2009 et 2010) destiné à être répété plusieurs années de suite, qui s'inspire largement de l'enquête de victimation britannique, le British Crime Survey (BCS) [Walby et Allen, 2004].

En particulier, la notion d'agression fait l'objet d'une réflexion plus poussée puisque, pour la première fois, les différents types d'atteintes à la personne sont différenciés et développés dans le questionnaire (vols avec violence ou menace, vols sans violence, violences physiques, menaces, insultes ou injures, violences sexuelles). De plus, à l'instar des innovations méthodologiques de l'enquête EVS, l'enquête CVS se dote, à partir de 2007, d'un protocole de collecte plus confidentiel et, à ce titre, mieux adapté au recueil des données les plus délicates : les questions sur les atteintes physiques commises par une personne résidant à la date de l'enquête avec l'enquêté(e) et sur les atteintes sexuelles (tous auteurs confondus, c'est-à-dire corésidents ou non avec leur victime à la date de l'enquête) sont posées dans un questionnaire auto-administré par ordinateur[6].

Ce nouveau dispositif d'enquêtes a permis d'obtenir, dans le rapport 2008 de l'Observatoire national de la délinquance (OND), des résultats cumulant les données des enquêtes CVS 2007 et 2008. Les faits de violence que déclarent avoir subi 22 000 personnes âgées de 18 à 60 ans au cours des années 2006 et 2007 peuvent ainsi être analysés dans des conditions méthodologiques plus satisfaisantes que dans les précédentes enquêtes de victimation en France, à la fois du fait de la taille de l'échantillon mobilisé et des meilleures conditions de passation du questionnaire. Tout en restant des enquêtes de victimation à part entière, à ce titre fondamentalement appuyées sur les définitions normées de ce qui constitue un crime ou un délit au regard de la loi, les récentes enquêtes CVS affinent les méthodes et permettent de produire des résultats jusque-là inaccessibles par ce dispositif statistique en matière de violences conjugales ou exercées dans la sphère domestique.

L'enquête Contexte de la sexualité en France et le Baromètre santé : les violences, entre autres objets

La progression des connaissances statistiques dans le domaine des violences provient également de sources qui n'en font pas leur objet premier, mais qui intègrent certaines violences interpersonnelles à leur analyse. Il en est ainsi du Baromètre santé ou de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF), réédition en 2005-2006 de l'enquête Analyse du comportement sexuel des Français (ACSF) de 1972.

Le Baromètre santé[7] vise à mieux cerner les connaissances et les comportements en matière de santé des personnes de 12 à 75 ans résidant en France. La problématique est donc bien plus

6. Procédé audio-CASI avec possible interrogation dans une autre langue que le français pour les personnes ne le comprenant pas avec une aisance suffisante : arabe, turc et allemand dans l'enquête de janvier 2007.

7. Le Baromètre santé 2005, dernier du genre dont les résultats sont publiés, est une enquête téléphonique à laquelle ont répondu environ 30 000 femmes et hommes âgés de 12 à 75 ans, disposant soit d'une ligne téléphonique fixe (liste blanche, orange ou rouge : 26 000 enquêtés), soit d'un abonnement téléphonique exclusif à une ligne de portable (4 000 enquêtés). Les questions posées sur la sexualité et les violences sexuelles ne s'adressent qu'aux 15-75 ans, du fait de l'âge légal de la majorité sexuelle (Beck *et al.*, 2007a). La collecte d'une nouvelle édition du Baromètre santé a été réalisée fin 2009.

large et orientée vers la prévention sanitaire, en accord avec la vocation de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) responsable de cette enquête. Dans ce cadre, les violences sont traitées « en liaison avec d'autres situations vécues ou des actes impliquant des risques pour la santé : les tentatives de suicide et les usages de drogues licites ou illicites, et le cas échéant, des transgressions des normes comme l'absentéisme scolaire » (Guilbert *et al.*, 2001, p. 191). En ce sens et parce qu'il est aussi question de violences exercées (et pas seulement subies) par les personnes interrogées, l'approche est assez voisine de celle que développent les enquêtes centrées sur les populations les plus jeunes, comme par exemple l'enquête européenne European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) [Beck *et al.*, 2007b ; Choquet *et al.*, 2004] qui, pour la France, succède elle-même aux premiers éléments de connaissance établis par l'enquête Adolescents (Choquet et Ledoux, 1994).

Par ailleurs, les questions du Baromètre sur le sujet des violences ne couvrent que les atteintes physiques et sexuelles. Les premières sont désignées par le fait d'avoir été « frappé(e) ou blessé(e) physiquement », les secondes sont englobées dans les « rapports sexuels forcés » déclinés ensuite, en cas de réponse positive, en « attouchements », « tentatives de rapports forcés » et « rapports forcés ».

L'enquête Contexte de la sexualité (CSF)[8] ne traite quant à elle, en matière de violences interpersonnelles, que de celles qui présentent un caractère sexuel : conversations ou appels téléphoniques à caractère pornographique, attouchements sexuels, tentatives de rapports sexuels forcés et rapports sexuels forcés. Cette enquête a engagé un effort particulier pour se doter de la meilleure comparabilité possible avec l'ENVEFF sur les violences sexuelles et les circonstances qui les entourent. Le mode de passation étant identique (téléphonique), plusieurs conditions sont donc réunies pour mettre en parallèle les résultats de ces deux enquêtes. L'objectif central de l'enquête CSF est toutefois sensiblement différent de celui de l'ENVEFF : dans la première, les questions sur les violences sexuelles subies interviennent à la fin de l'entretien, alors que l'enquêté(e) a préalablement été amené(e) à reconstituer sa biographie affective et sexuelle, tandis que le propos central de l'ENVEFF est d'aborder l'ensemble des situations de victimation pour en développer le contexte et les conséquences.

Comprendre et analyser les discordances entre enquêtes statistiques

Au regard des différentes approches conceptuelles et méthodologiques des enquêtes statistiques qui abordent la question des violences subies, le travail de comparaison s'avère pertinent mais délicat et nécessite de plus amples développements que le travail réalisé dans ce chapitre.

L'analyse se concentre ici sur un point critique en matière de comparaison des sources disponibles : les violences interpersonnelles, et plus particulièrement celles qui recouvrent les atteintes à caractère physique, sexuel et psychologique. C'est en effet dans l'approche des violences interpersonnelles que l'évolution récente des enquêtes de victimation françaises a subi la plus nette inflexion, tant pour le contenu que pour les méthodes utilisées, à l'instar de certaines enquêtes de victimation réalisées à l'étranger. C'est donc dans ce domaine qu'il y a aujourd'hui le plus matière à comparaisons et à discussions. D'autre part, les actes relevant des atteintes directes sur les personnes tendent à se répéter et à se cumuler sur de courtes

8. L'enquête CSF a été réalisée par téléphone en 2005-2006 auprès de 12 364 personnes âgées de 18 à 69 ans, avec une surreprésentation des moins de 25 ans et, dans une moindre mesure, des moins de 40 ans. Les répondants disposent d'une ligne téléphonique fixe, sur liste blanche, orange ou rouge (22% de répondants dans ce dernier cas) ou d'un abonnement téléphonique exclusivement portable (2% des enquêtés environ).

périodes pour une même victime (voir l'article p. 71) : ce seul cumul, même impliquant des événements de gravité très diverse pris un à un, constitue un indice de gravité potentielle des situations vécues dans la durée. Quant aux violences psychologiques, l'intérêt de les traiter est double : l'ENVEFF établit en effet comment des pressions psychologiques au sein du couple peuvent participer de l'exercice des violences conjugales, au sein d'un tout plus large où interviennent aussi d'autres violences interpersonnelles ; l'enquête EVS montre pour sa part que, lorsqu'un seul type de violence est rapporté pour les vingt-quatre mois précédant l'enquête, il s'agit quatre fois sur dix de violences psychologiques.

Les violences verbales pourraient aussi donner matière à comparaisons, au regard des sources récentes, mais nous considèrerons ici qu'elles « accompagnent » les autres types de violences interpersonnelles : les personnes subissant des actes violents à caractère physique, sexuel ou psychologique sont aussi plus fréquemment exposées que la moyenne à des insultes, injures ou menaces verbales (coups avec insultes, menaces verbales visant, pour l'agresseur, à permettre d'exercer des contraintes sexuelles, dénigrements assortis de menaces verbales, etc.) [voir l'article p. 71]. Les violences sexuelles feront quant à elles l'objet d'un chapitre spécifique (voir l'article p. 99).

Une fois que le matériau sur lequel porte la comparaison a été défini, se pose la question de savoir : que se propose-t-on de comparer, au juste ? Il ne s'agit pas seulement de mettre en regard des niveaux bruts de victimation ni de savoir pourquoi les différentes enquêtes ne s'accordent pas sur le nombre de victimes en population générale. Les taux de victimation sont en effet si dépendants des outils forgés qu'il faut lire les résultats avec prudence et toujours comprendre comment ils ont été construits et ce qu'ils recouvrent : de quels actes exactement s'agit-il, et sous quels libellés ont-ils été soumis à l'appréciation des enquêtés ? La comparaison des résultats ne peut donc se faire qu'à la lumière de l'analyse des instruments de mesure.

Comparer : oui, mais à libellé de question identique

Comment mesurer l'impact des différences de formulation des questions ? La manière dont a été libellée la question sur les agressions dans les deux premières éditions de l'enquête CVS (janvier 2005 et janvier 2006), qui était alors une extension des enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages (EPCV), apporte des éléments de réponse.

En janvier-février 2005, la question initiale était : « Nous revenons sur les questions de sécurité, mais en abordant maintenant des questions qui vous concernent personnellement et en particulier les agressions ou les violences, même verbales, auxquelles vous avez peut-être été confronté(e). En 2003 ou 2004, avez-vous été personnellement victime d'agressions ou d'actes de violences, y compris de la part de personnes que vous connaissiez ? » Au cours de la phase de test et de la collecte, certains enquêteurs ont ressenti le besoin d'alléger le texte, sans faire précéder la question de sa phrase introductive. Dans de nombreux cas, par conséquent, les expressions « agressions » ou « actes de violences » se sont trouvées totalement dépourvues de contenu explicite, les atteintes verbales n'étant pas mentionnées.

Le questionnaire de janvier-février 2006 a choisi de remédier aux lourdeurs de formulation ressenties par les enquêteurs, en intégrant dans la question elle-même tous les éléments jugés nécessaires. La question est alors devenue : « En 2004 ou 2005, avez-vous été personnellement victime d'agressions ou d'actes de violences, même verbaux, y compris de la part de personnes que vous connaissiez ? »

« Cette modification de formulation a grandement pesé sur les réponses des enquêtés », estiment Cyril Rizk et Julie Boé (Rizk et Boé, 2006). Si, en effet, le nombre de personnes qui se déclarent victimes d' « agressions » augmente entre 2004 et 2005 (alors que taux global d'agressions était stable entre 1998 et 2004), c'est que, parmi ces victimes, ce sont celles qui

déclarent avoir subi des violences verbales dont l'effectif croît. La fréquence des agressions physiques étant quant à elle stable, cela permet d'isoler un très probable effet du libellé de la question (tableau 1). Une autre manière de conclure est de dire qu'il n'y a pas davantage de victimes de violences verbales en 2005 qu'en 2004, mais qu'on les compte de manière explicite et qu'on aurait probablement (hypothèse invérifiable) pu les compter déjà pour l'année 2004, si la question posée en janvier-février 2005 avait explicitement intégré la dimension « violences verbales ».

TABLEAU 1

Comparaison de la proportion de personnes de 14 ans ou plus se déclarant victimes d'« agressions » ou d'« actes de violences » en 2004 et 2005 (en %)

	2004 (enquête 2005)	2005 (enquête 2006)
Personnes ayant déclaré au moins une agression subie…	4,9	7,8
… dont victimes d'injures ou de menaces	2,9	5,6
… dont victimes de violences physiques (accompagnant ou non un vol)	1,8	1,7
Personnes ayant déclaré n'avoir pas été agressées	95,1	92,2
Ensemble des 14 ans ou plus	100,0	100,0

Lecture • 4,9 % des personnes des personnes de 14 ans ou plus ont déclaré en 2005 avoir subi en 2004 au moins un acte de violence ou une agression.

Sources • Enquêtes PCV et CVS, INSEE, 2005 et 2006.

Décrire les actes violents en termes « concrets » : oui, mais jusqu'où ?

Le parti pris consistant à expliciter la nature des gestes violents dans les questions, aussi légitime soit-il, doit également être manipulé avec précaution : les violences psychologiques en constituent un bon exemple.

De toute évidence, dire « violences psychologiques » dans un questionnaire en espérant être compris de manière homogène (ou compris, tout simplement !) par des milliers de répondants, est voué à l'échec. Il apparaît donc nécessaire de trouver des formulations désignant explicitement les gestes ou les attitudes que peuvent prendre les atteintes violentes de nature psychologique. Cela implique de ne pas se limiter à une seule question, qui prétendrait tout dire, sans nécessairement multiplier à l'infini les questions posées. Car plus les questions seront nombreuses, plus le nombre de personnes qui se déclarera « victimes de violences psychologiques » sera important, par le seul effet mécanique d'un questionnement réitéré. Faute de pouvoir établir le nombre « idéal » de questions, il faut s'efforcer de tendre vers une juste mesure. Le taux de victimation que l'on se donne les moyens de lire est donc notamment le produit de cette mesure très construite.

Dans l'enquête EVS par exemple, sept catégories d'atteintes psychologiques ont finalement été distinguées, pour la plupart inspirées de l'ENVEFF. Deux d'entre elles concernent un nombre beaucoup plus grand de victimes[9] : d'une part, le fait de subir des dénigrements, des critiques injustes à propos de son apparence physique, de ses idées ou de ce que l'on a fait (11 % des 18-75 ans), d'autre part le fait d'avoir reçu des appels téléphoniques malveillants, y compris lorsque personne ne parlait, ou des courriers de cette même nature (11% des 18-75 ans

9. Pour le détail des taux de victimation, catégorie par catégorie, au sein des violences de type « psychologique », voir l'article p. 71.

également). Si l'on n'inclut que ces deux catégories d'actes, qui se recoupent assez peu, 20% des personnes âgées de 18 à 75 ans peuvent être considérées comme « victimes de violences psychologiques ». Avec cinq questions de plus, cette proportion atteint 27% des personnes interrogées. Ce résultat « agrégé », dans le sens où il rassemble sous un même terme (« victimes de violences psychologiques ») plusieurs sous-catégories, se trouverait encore probablement rehaussé si l'on ajoutait d'autres questions.

Rien ne permet de dire catégoriquement où se situe le juste équilibre entre des questions trop synthétiques, allusives, implicites, chargées potentiellement de polysémie pour des publics différents, et un luxe de détails concrets qui deviendrait excessif. C'est donc sur l'interprétation analytique des résultats qu'il faut faire porter la réflexion et être vigilant lorsque l'on compare les enquêtes.

Agréger les résultats : oui, mais avec un mode d'emploi très lisible

Un problème un peu différent se pose lorsqu'il s'agit de proposer des indicateurs très synthétiques, permettant de mesurer des phénomènes dont on souhaite restituer à la fois l'intensité et le caractère complexe. Examinons par exemple certains choix opérés par les concepteurs de l'ENVEFF, dans le domaine des violences conjugales.

Dans le questionnaire, la vie de couple a été distinguée comme une sphère à part entière : cela révèle le statut spécifique que l'enquête accorde aux questions de violences conjugales et nous rappelle qu'au début des années 2000, les connaissances statistiques dans ce domaine sont plus que lacunaires.

L'exploitation des données a conduit les auteurs de la synthèse finale de l'enquête à calculer un « indicateur global de violences conjugales », qui récapitule à lui seul les réponses à vingt-deux questions portant sur des actes de violence commis par le (la) conjoint(e) au cours des douze derniers mois. L'idée même d'un indicateur global peut être comprise comme une tentative pour décrire la violence conjugale dans sa complexité et dans sa globalité, en s'affranchissant pour partie d'une description par type de violences. Il s'agit de produire un score qui mesure les violences déclarées par les femmes victimes de leurs conjoint(e)s, en repérant la fréquence des événements et leur cumul avec d'autres types d'atteintes. La « gravité » de ces violences est évaluée au regard de la répétition des actes déclarés, qu'ils soient ou non de même nature (Jaspard *et al.*, 2003a, p. 64).

Le score vaut 0 pour les femmes qui ont répondu « non » aux vingt-deux questions, pour celles qui ont rapporté avoir été insultées moins de quatre fois et pour celles qui déclarent avoir subi des atteintes psychologiques « rarement » ou au plus trois de ces atteintes « quelquefois ».

Il vaut 1 pour les femmes qui déclarent plus de trois atteintes d'ordre psychologique subies « quelquefois » ; pour celles qui rapportent avoir été confrontées « souvent » ou « systématiquement » à une ou plusieurs de ces mêmes atteintes, pour celles qui signalent des insultes ou des injures en quatre occasions ou plus ; et enfin pour les femmes victimes d'une seule violence de nature physique ou sexuelle (chacun de ces critères à l'exclusive des autres). Le degré d'exposition est alors qualifié de « grave ».

Enfin, le score vaut 2 pour les enquêtées qui cumulent deux conditions donnant au score la valeur 1, et 3 pour celles qui cumulent plus de deux de ces conditions : dans ces cas, le degré d'exposition aux violences conjugales est considéré comme « très grave ».

Qu'elles soient encore en couple ou non à la date de l'enquête, les femmes dont la situation correspond aux scores 1, 2 ou 3 représentent 9,5% des femmes de 20 à 59 ans. C'est ce chiffre qui est devenu, dans la plupart des médias et pour les politiques, le « 10% de femmes victimes en France de violences conjugales ».

Ce résultat très agrégé est sans doute un des leviers qui a assuré l'important retentissement de l'ENVEFF. Sa « simplicité » (un chiffre qui résume « tout ») a incontestablement accéléré la prise de conscience par les responsables politiques d'un problème « violences conjugales », à traiter en tant quel tel dans les politiques publiques (Lascoumes et Le Galès, 2007). À cet égard, on peut considérer que des résultats agrégés s'avèrent plus efficaces et utiles que le calcul d'une multitude d'indicateurs, même si ceux-ci mesurent une réalité plus fine. Mais cet indicateur global a conduit à certaines simplifications dans l'interprétation : de manière souvent lapidaire, il a en effet tendu à devenir « 10% de femmes battues » (Maillochon, 2007), réactivant ainsi le stéréotype à l'encontre duquel l'équipe de recherche de l'ENVEFF pensait pouvoir aller, en abordant les violences conjugales à travers de nombreuses dimensions.

C'est également à propos de la construction de cet indicateur statistique très agrégé qu'une violente polémique a été déclenchée à propos de l'ENVEFF (Iacub et Le Bras, 2003). Sans reprendre ici l'argumentation, plus idéologique que scientifique, des détracteurs de l'enquête, il est possible d'écrire que, bien évidemment, le contenu même de l'indicateur et les seuils de gravité qu'il retient sont à relativiser. Comme pour n'importe quel autre indicateur statistique reposant sur des informations agrégées, les choix opérés pour le construire auraient pu être autres. Par conséquent, si criticable soit-il à cet égard, il a quand même le mérite de sa nouveauté (toujours dans le contexte de grande méconnaissance des violences conjugales au début de la décennie 2000) et de sa transparence : à qui n'est pas d'accord sur son contenu, il suffit d'en lire le mode de construction, très explicite, pour proposer d'autres outils de mesure.

Cette réflexion sur l'utilité et les limites de l'agrégation des résultats, pour la mesure d'un phénomène aussi complexe que les violences conjugales, doit ici se prolonger de quelques mots sur les avancées réalisées dans ce domaine par le dispositif français d'enquêtes de victimation, depuis l'enquête CVS de janvier 2007. Grâce à un protocole de collecte plus adapté (méthode audio-CASI), l'enquête CVS aborde les violences physiques perpétrées par une personne résidant avec sa victime à la date de l'enquête et l'ensemble des attouchements sexuels et rapports sexuels forcés (ou tentatives), tous auteurs confondus. L'enquête CVS dépasse ainsi les formulations jusque-là trop englobantes d' « agressions », attribue un contenu plus explicite aux violences physiques et sexuelles et se donne aussi les moyens de repérer directement les actes de violence physique et sexuelle commis entre conjoints. Constitue-t-elle désormais la source idéale pour cerner la réalité complexe des violences conjugales déclarées tant par les hommes que par les femmes ? Il demeure que les enquêtes de victimation, en restant calées sur les catégories de crimes et de délits, n'ont par nature pas vocation à explorer le champ des violences psychologiques. Or, l'ENVEFF a bien montré combien il serait réducteur de circonscrire les violences conjugales aux atteintes physiques et sexuelles portées entre conjoints ou ex-conjoints. Les résultats de l'enquête CVS ne peuvent donc éclairer globalement les violences conjugales, mais au moins certains actes violents (physiques et sexuels) commis dans une relation de couple, au sein du phénomène plus large « violences conjugales » qui peut aussi comprendre (notamment) des atteintes psychologiques.

Contextualiser les situations de victimation : oui, mais peut-être pas dans tous les cas

Questionner les violences subies en les replaçant dans des contextes très explicites ou concrets de survenue n'est, par ailleurs, pas neutre du point de vue des résultats obtenus.

Le questionnaire de l'ENVEFF repose sur un parti pris très fort : toutes les questions sur l'occurrence des actes violents sont contextualisées, c'est-à-dire toujours situées en amont dans une sphère donnée. Avant chaque série de questions, l'enquêteur rappelle ainsi : « Nous allons maintenant parler de faits qui ont pu vous arriver au cours des douze derniers mois dans la rue, les transports en commun, les lieux publics [...] dans le cadre de votre travail [...], dans le

cadre de vos études », etc. À part les questions sur les insultes ou les injures, qui sont déclinées à l'identique pour chacune des sphères déterminées, la formulation des questions pour les autres types de violence varie en fonction des sphères.

Chacune des « différentes sphères de la vie » explorées (Jaspard *et al.*, 2003a, p. 26) peut être qualifiée de socio-spatiale, en ce qu'elle repose à la fois sur des lieux physiques aux limites objectives[10] et sur la nature des relations entre personnes qui prennent place dans ces espaces (« relations de couple », « famille et proches », etc.). Le choix de placer systématiquement la situation évoquée dans des « sphères » doit permettre de se rapprocher le plus possible de la description matérielle des actes violents et d'aider la personne interrogée à se remémorer plus facilement les situations vécues.

Cette méthode de questionnement n'est toutefois pas sans effet. Tout d'abord, il n'est pas toujours pertinent de diviser à l'extrême les sphères, sous prétexte de vouloir « particulariser » tel lieu ou telle relation sociale. Ainsi, le module « consultations et domicile » du questionnaire de l'ENVEFF (événements qui peuvent se produire avec des professionnels dans le cadre de consultations ou à domicile : visite d'un artisan, etc.) est à l'usage apparu inutile.

Par ailleurs, supposer que certaines formes de violences se déroulent dans un contexte socio-spatial particulier peut empêcher de repérer l'occurrence d'un type d'acte violent dans une autre sphère de vie. La question suivante était par exemple posée dans les modules « vie professionnelle » et « vie étudiante », mais pas dans celui qui concerne les espaces publics : « Au cours des douze derniers mois, est-ce que quelqu'un a eu des attentions insistantes et gênantes pour vous, vous a fait des avances sexuelles que vous ne désiriez pas ou vous a obligée à regarder des images pornographiques ? » Ce choix semble refléter la volonté d'inclure dans l'exploration des conditions de travail les éléments nouveaux intervenus en 1992 dans le Code pénal et le Code du travail, en matière de définition du harcèlement sexuel puisque, lorsqu'une femme déclare avoir subi sur son lieu de travail de telles avances non désirées, elle peut désigner un supérieur hiérarchique comme agresseur[11]. Mais ne pas poser cette question dans les différents lieux explorés par le questionnaire rend impossible la comparaison de l'occurrence des divers types de violences entre sphères : par exemple, aucun corpus homogène de données ne peut permettre de dire s'il y a plus ou moins d'atteintes sexuelles dans les espaces publics que sur les lieux de travail ou d'études, et qui en sont les victimes.

Les développements de l'enquête CVS 2007 pourraient pencher en faveur d'un questionnaire « contextualisé », à la manière de celui de l'ENVEFF. De même que nous avons approché l'impact des changements de libellés portant sur les « agressions physiques » entre CVS 2005 et 2006, observons ici les effets des nouveautés introduites par CVS 2007 (tableau 2). Dans cette enquête, les actes en cause sont beaucoup plus explicites ; les questions sont contextualisées, l'enquêté(e) ne répondant jamais indépendamment du lieu de résidence de l'éventuel agresseur ; les déclarations concernant les violences physiques subies de la part d'un membre du ménage et l'ensemble des violences sexuelles sont recueillies par questionnaire auto-administré sur ordinateur.

10. Par exemple : des lieux publics tels que la rue, les transports, les parkings, les commerces, les administrations, etc., des lieux de loisirs (sportifs, culturels, festifs, etc.), les services aux usagers lors de consultations (médicales, juridiques, sociales) ou d'interventions de professionnels au domicile des enquêtées, le monde de la formation, du travail ou des études.

11. La loi du 17 janvier 2002, postérieure à l'ENVEFF, étend les situations de harcèlement sexuel aux cas où l'agresseur n'a pas nécessairement d'ascendant hiérarchique sur sa victime.

TABLEAU 2

Comparaison des questions sur les « agressions » et du protocole de collecte dans les enquêtes CVS 2005, 2006 et 2007

Types de violence	Libellé des questions	Protocole de collecte
Enquête CVS 2005		
	« En 2003 ou 2004, avez-vous été personnellement victime d'agressions ou d'actes de violences, y compris de la part de personnes que vous connaissiez ? » La phrase introductive qui incluait les violences verbales a, de fait, disparu.	Face à face
Enquête CVS 2006		
Toutes agressions, « même » verbales	« En 2004 ou 2005, avez-vous été personnellement victime d'agressions ou d'actes de violences, même verbaux, y compris de la part de personnes que vous connaissiez ? »	Face à face
Enquête CVS 2007		
1. Violences physiques hors-ménage	« Nous allons maintenant aborder des questions sur les violences, menaces ou insultes dont vous avez pu être victime en dehors de tout vol ou tentative de vol. En 2005 ou 2006, avez-vous été personnellement victime de violences physiques de la part d'une personne qui ne vit pas actuellement dans le même logement que vous ? (y compris de la part d'un ex-conjoint ou conjoint qui ne vit plus actuellement avec vous) ». Instruction aux enquêteurs : « Exclure les violences à caractère sexuel ».	Face à face
2. Violences sexuelles hors-ménage	« Nous allons aborder maintenant des agressions sexuelles comme les viols ou les rapports sexuels forcés dont vous auriez pu être victime au cours de ces deux dernières années. En 2005 ou 2006, en dehors des personnes qui vivent actuellement avec vous, est-il arrivé qu'une personne vous oblige à subir des attouchements sexuels ou avoir un rapport sexuel contre votre volonté, ou qu'elle tente de le faire ? »	Auto-administré par ordinateur
3. Violences physiques intra-ménage	« En dehors de violences sexuelles, est-il arrivé en 2005 ou 2006 qu'une personne qui vit actuellement avec vous vous gifle, vous frappe, vous donne des coups ou vous fasse subir toute autre violence physique ? »	Auto-administré par ordinateur
4. Violences sexuelles intra-ménage	« En dehors de ces épisodes de violences, est-il arrivé en 2005 ou 2006 qu'une personne qui vit actuellement avec vous vous impose des attouchements ou un rapport sexuel non désiré, en utilisant les violences, les menaces, la contrainte ou la surprise ? »	Auto-administré par ordinateur

En 2007, l'OND observait qu'en 2006, quand le questionnaire ne distingue pas explicitement les violences sexuelles des violences physiques intra-ménage, la part des hommes de 18 à 60 ans victimes de violences était supérieure à celle des femmes. Avec le questionnaire 2007, le rapport entre hommes et femmes s'inverse : la proportion de femmes déclarant avoir subi en 2005-2006 au moins un acte relevant des violences physiques ou sexuelles devient supérieure à celle des hommes (6 % contre 5,1%). L'enquête de 2007 permet de situer l'origine de la différence dans une nette surexposition des femmes aux violences sexuelles (intra- comme hors-ménage), mais aussi dans le fait que, si les hommes sont plus souvent victimes que les femmes de violences physiques en dehors du ménage, les agressions physiques au sein de celui-ci touchent plus souvent les femmes[12].

Du fait des changements multiples intervenus dans le questionnaire, il est impossible de tester l'effet pur de la contextualisation. On peut toutefois penser que le fait de demander aux enquêtés s'ils résident ou non avec un auteur de violences participe de l'amélioration de la mesure.

En conclusion, il apparaît nécessaire de contextualiser les questions, mais sans « trop » multiplier les mises en contexte spécifiques. La césure entre les auteurs de violences résidant avec leurs victimes ou non paraît, au vu des enseignements de l'enquête CVS 2007, une solution encourageante et peut-être suffisante.

Conclusion

La présente étude demeure un bilan d'étape. Étape parce que plusieurs de ses hypothèses ou conclusions dépendent encore des développements futurs de l'analyse statistique des violences, en France ou ailleurs. Bilan toutefois, parce qu'après presque une décennie de production de données nouvelles sur le sujet, l'heure est venue de rechercher à affiner la pertinence des outils, si dépendants des méthodes utilisées, comme le préconisaient les membres du réseau européen d'action de coordination sur les violations des droits humains (CAHRV) [Hagemann-White *et al.*, 2008 ; Martinez et Schröttle, 2006].

Lorsque l'on compare les sources, le sujet « violences », réputé « sensible », se prête particulièrement bien à montrer la forte dépendance des résultats aux moyens mis en œuvre pour les produire. Mais en définitive, il permet simplement de soulever de manière aiguë des questions qui se posent à propos de toutes les comparaisons de sources statistiques.

Une analyse centrée sur le problème de la mesure des violences sexuelles fait l'objet d'un autre chapitre de cet ouvrage, pour prolonger et illustrer la réflexion par une étude de cas détaillé (voir l'article p. 99).

12. Dès 2005, l'intuition de ce genre de phénomène (difficulté à révéler les situations de victimation les plus « sensibles ») avait été formulée comme une limite aux résultats obtenus, dans le rapport de l'OND : « Les enseignements concernant les hommes et les femmes victimes d'agressions, tirés des enquêtes PCV, ne peuvent prétendre s'appliquer à tous les types d'agressions. Le questionnement général sur la notion d'agression et le protocole d'enquête qui n'isole pas le répondant du reste des membres du ménage interdit sans doute des révélations trop intimes » (Bauer, 2005, p. 237).

Bibliographie

Aubusson B., Lalam N., Padieu R., Zamora P., 2002, « Les statistiques de la délinquance », *France, portrait social 2002-2003*, INSEE, p. 141-158.

Bajos N., Bozon M., 2008a, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, p. 381-407.

Bajos N., Bozon M., 2008b, « Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère », *Population & Sociétés*, n° 445, mai.

Bart O., 2007, *Analyse du comportement des répondants lors de la collecte du questionnaire auto-administré de l'enquête Événements de vie et santé, Mémoire professionnel, Formation continue diplômante des attachés*, ENSAI, août, 87 p.

Bauer A. (sous la dir. de), 2009, *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance 2009,* CNRS Éditions, 710 p.

Bauer A. (sous la dir. de), 2008, *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance 2008,* CNRS Éditions, 765 p.

Bauer A. (sous la dir. de), 2007, *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance*, CNRS Éditions, 573 p.

Bauer A. (sous la dir. de), 2005, *1er rapport annuel de l'Observatoire national de la délinquance*, INHES, mars, 578 p.

Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), 2007a, *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES, 593 p.

Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S., 2007b, « Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques », *Médecine/science*, 23 (12), p. 1162-1168.

Bonvalet C., Lelièvre É., « Publications choisies autour de l'enquête. Biographies et entourage », *Document de travail,* INED, n° 134, 134 p.

Cavalin C., 2009, « Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population », *Études et résultats,* DREES, n°705, octobre.

Cavalin C., 2009, « Les violences au sein de la famille et entre proches en France : les femmes, plus touchées que les hommes. Méthode d'enquête et résultats », *Santé, société et solidarité. Revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité,* p. 147-152.

Cavalin C., 2009, « Violences subies, problèmes de santé et événements difficiles vécus au cours de la vie : situation comparée des femmes et des hommes », *in* DREES, *La santé des femmes en France*, La Documentation française.

Cavalin C., 2009, « Les violences sexuelles : mesures et débats », *in* DREES, *La santé des femmes en France*, La Documentation française.

Cavalin C., 2008, « Événements de vie et santé : principes et méthodes », *in* Guilbert P., Haziza D., Ruiz-Gazen A., Tillé Y. (sous la dir. de), *Méthodes de sondage, Actes du colloque francophone sur les sondages 2007 (Société française de statistique)*, Dunod, p. 108-112.

Cavalin C., 2007, « Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé (1/2) », *Études et résultats*, DREES, n° 598, septembre, 8 p.

Choquet M., Beck F., Hassler C., Spilka S., Morin D., Legleye S., 2004, « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans », *Tendances*, n° 35, 6 p.

Choquet M., Ledoux S., 1994, *Adolescents : enquête nationale*, INSERM, coll. « Analyses et prospective », 346 p.

Debauche A., 2007, « Enquêter sur le viol : entre sexualité et violence », *in* Chetcuti N., Jaspard M. (sous la dir. de), *Violences envers les femmes. Trois pas en avant deux pas en arrière*, L'Harmattan, p. 75-93.

Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir. de), 2001, *Baromètre 2000. Résultats (volume 2)*, Éditions CFES, 472 p.

Hagemann-White C., Gloor D., Hanmer J., Hearn J., Humphreys C., Kelly L., Logar R., Martínez M., May-Chahal C., Novikova I., Pringle K., Puchert R., Schröttle M., 2008, « Gendering human right violations : The case of interpersonal violence – Coordination action on human rights violations (CAHRV), Final report (2004-2007) », *EU Research on social sciences and humanities*, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg : http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/190.htm

Iacub M., Le Bras H., 2003, « *Homo mulieri lupus ?* À propos d'une enquête sur les violences envers les femmes », *Les Temps modernes*, 58e année, février-mars-avril, n° 623, p. 112-134.

J**aspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A.**, 2003a, *Les violences envers les femmes en France*, *Une enquête nationale,* La Documentation française, 370 p.

Jaspard M., Brown E., Condon S., Firdion J.-M., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Schiltz M.-A., 2003b, « Violences vécues, fantasmes et simulacres », *Les Temps modernes*, 58e année, mai-juin-juillet, n° 624, p. 184-195.

Jaspard M. et l'équipe ENVEFF, 2001, « Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France », *Population & sociétés*, janvier, 4 p.

Junger-Tas J., Marshall I. H., 1999, « The Self-Report Methodology in Crime Research », *in* Tonry (M.) (ed.), *Crime and Justice. A review of research*, University of Chicago Press, Chicago, vol. 25, p. 291-367.

Krug E.-G., Dahlberg L.-L., Mercy J.-A., Zwi A., Lozano-Ascensio R., 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 376 p.

Lagrange H., 2001, « Échanges de coups, prises de risques, rapports sexuels forcés », *in* Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir. de), *Baromètre santé 2000. Résultats*, INPES, vol. 2, p. 191-204.

Lascoumes P, Le Galès P., 2007, *Sociologie de l'action publique*, Armand Colin, 126 p.

Maillochon F., 2007, « Chiffres noirs contre chiffres ronds : l'enquête ENVEFF dans la presse française (2000-2004) », *in* Chetcuti N., Jaspard M. (sous la dir. de), *Violences envers les femmes. Trois pas en avant deux pas en arrière*, L'Harmattan, p. 41-57.

Martínez M., Schröttle M., 2006, « State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights available in Europe », *EU Research on social sciences and humanities - Coordination Action on Human Rights and Violence (CAHRV)*, Office for Official Publications of the European Communities, consultable sur le site du CAHRV : http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/190.htm

Mucchielli L., 2005, « Délinquances et violences », *Cahiers français*, La Documentation française, n° 326, mai-juin, p. 59-63.

Rizk C., Boé J., 2006, « Les résultats de l'enquête de victimation 2006 », *Grand Angle. Bulletin de l'Observatoire national de la délinquance*, n° 10, décembre, 10 p. et annexe méthodologique (« Développements »).

Robert P., Zauberman R., Pottier M.-L., Lagrange H., 1999, « Mesurer le crime. Entre statistiques de police et enquêtes de victimation (1985-1995) », *Revue française de sociologie*, XL-2, p. 255-294.

Roché S., 2000a, *Enquête sur la délinquance auto-déclarée des jeunes*, CERAT-IEP, Grenoble, juin, 116 p. + annexes.

Roché S., 2000b, « Les facteurs de la délinquance des jeunes : analyse à partir d'une enquête de délinquance auto-déclarée », *Les Cahiers de la Sécurité intérieure*, n° 42, 4e trimestre, p. 37-61.

Roché S., 2000c, *La délinquance des jeunes. Les 13-19 racontent leurs délits,* Le Seuil, 320 p.

Spira A., Bajos N. et le groupe ACSF, 1993, *Les comportements sexuels en France*, La Documentation française.

Walby S., Allen J., 2004, *Domestic violence, sexual assault and stalking : findings from the British Crime Survey*, Home Office Research Study 276, March, 132 p.

Zauberman R. (sous la dir. de), 2009, *Les enquêtes de délinquance et de déviance auto-reportées en Europe. État des savoirs et bilan des usages*, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 281 p.

Zauberman R. (sous la dir. de), 2008, *Victimation et insécurité en Europe. Un bilan des enquêtes et de leurs usages*, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », 198 p.

Zauberman R., Robert P., Pérez-Díaz C., Lévy R., 1990, « Les victimes : comportements et attitudes. Enquête nationale de victimation », *Déviance et contrôle social*, CESDIP, n°52, vol. 1 + vol. 2 (annexes).

Violences, santé et événements de vie difficiles :

le choix des concepts et des outils de mesure

Catherine CAVALIN

L'enquête Événements de vie et santé (EVS), réalisée entre novembre 2005 et février 2006, est née de la volonté de développer la connaissance statistique sur les relations entre violences subies et état de santé en population générale, stimulée en France par les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (Krug *et al.*, 2002).

L'appréhension statistique des violences subies est en effet relativement récente : en se dotant d'une définition propre du concept de violence et en élaborant un questionnement méthodologique adapté à la sensibilité du sujet, l'ENVEFF, réalisée en 2000, en constitue la première étape. Elle introduit à cet égard une rupture par rapport aux enquêtes de victimation lancées au début des années 1980, dont l'ambition initiale était de confronter la survenue des crimes et délits enregistrée par la police avec celle que déclarent les personnes qui en sont victimes, mais sans interroger le contenu même du concept de violence (voir l'article p. 17). L'ENVEFF initie également la réflexion sur les liens entre violences subies et état de santé, mais sur un champ restreint aux femmes âgées de 20 à 59 ans. Après l'ENVEFF, la question d'une mesure de la violence en population générale (hommes et femmes) restait donc encore à élargir et à approfondir. C'est dans ce contexte que les concepteurs de l'enquête EVS ont défini les contours des concepts à mettre en œuvre pour proposer des instruments de mesure des violences déclarées par les personnes qui en sont victimes, de leur état de santé, et des relations qui unissent ces deux phénomènes.

Sur le fond, vouloir fonder l'analyse statistique des violences et de leurs liens avec l'état de santé sur du matériau recueilli auprès de ceux qui s'y déclarent exposés soulève des problèmes généraux de méthode, traditionnels à l'analyse sociologique. Il s'agit de définir le périmètre de ce que l'on entend par « violences » et par « santé » et de trouver les mots pour le dire sachant que, dans une matière (violences) comme dans l'autre (santé), le vocabulaire courant et l'opinion commune sont très lourdement chargés de préjugés et de connotations. Quelles conventions adopter pour donner aux violences et à la santé des contenus scientifiques pertinents ? Comment rendre, ensuite, le langage univoque et éviter du mieux possible qu'il véhicule trop de « préjugés traditionnels » (Durkheim, 1895, p. 7), tout en le faisant résonner de manière parlante avec l'expérience vécue par la population enquêtée ?

Les violences subies : des définitions toujours normatives

Il est d'autant plus nécessaire d'interroger le contenu et le périmètre de la notion de « violence » qu'elle est particulièrement variable et sensible.

Relativité historique et culturelle de la notion de violence

Elle évolue en effet selon les époques et les contextes socioculturels. Avec l'époque moderne et la constitution d'États-nations, la violence a changé de nature, de place et de rôle dans les sociétés occidentales. Comme le montre Norbert Élias dans *La civilisation des mœurs*, la violence est au Moyen Âge quotidienne et collective, mais aussi triviale et associée à la sensation de plaisir (de guerroyer ou d'assister au sacrifice de chats sur le bûcher de la Saint-Jean). « La répugnance que nous inspire la seule description de ce genre de réjouissances et que nous considérons, compte tenu de nos normes affectives, comme " normale ", prouve une fois de plus combien notre économie affective s'est modifiée au cours des siècles. [...] Beaucoup de choses qui naguère éveillaient des sensations de plaisir suscitent aujourd'hui des réflexes de déplaisir » (Elias, 1973, p. 296). Au fil de l'époque moderne, « quand dans telle ou telle région, le pouvoir central s'affermit, quand il oblige les hommes sur un territoire plus ou moins étendu de vivre en paix, on assiste aussi à un changement progressif de l'affectivité et des normes de l'économie pulsionnelle » (id., p. 292-293). Ce processus d'apaisement progressif des mœurs, dont les historiens ont montré qu'il n'est pas purement linéaire (Farge, 1992, 2007 ; Geremek, 1987, 1990) et qu'il se traduit sous de multiples expressions (modification du statut accordé aux enfants, développement de la sphère privée et des sentiments qui lui sont associées, etc.) [Ariès, 1973], va de pair avec un mouvement plus large et général que Max Weber a désigné comme le « désenchantement du monde » ou l'« élimination de la magie en tant que technique de salut » (Weber, 1967, p. 134). Celui-ci se manifeste par l'extension aux différents domaines de l'activité humaine d'une forme spécifique de rationalité, la rationalité par finalité. Dans ce contexte, la violence ne disparaît pas : d'une part, l'État en est lui-même le protagoniste, en tant que « communauté humaine qui [...] revendique avec succès pour son propre compte le monopole de la violence physique légitime » ; d'autre part, « le propre de notre époque, c'est qu'elle accorde à tous les autres groupements ou aux individus le droit de faire appel à la violence que dans la mesure où l'État le tolère ».

Ces analyses, qu'il faudrait aussi compléter par des analyses ethnologiques et anthropologiques (Clastres, 1997), illustrent notamment la relativité historique et culturelle des normes sociales par rapport auxquelles nous définissons aujourd'hui la violence.

Un objet particulièrement « sensible »

Dans ces sociétés largement pacifiées, sous le contrôle de la force publique, où les conditions de légitimité de la violence sont très strictement encadrées, le mot et la notion de violence se révèlent chargés, tant d'un point de vue émotionnel que politique.

C'est sous le thème de l'insécurité que la violence fait souvent irruption dans le débat public, au travers d'un discours médiatique ou politique souvent alarmiste et source de confusions. Depuis les années 1970 en France, de manière répétée, les cris d'alarme contre une supposée flambée de la violence se sont multipliés. Ainsi dans un rapport remis au président de la République, le garde des Sceaux Alain Peyrefitte dénonce en 1977 une soudaine montée de la violence criminelle et ordinaire, « comme si la vie elle-même devenait violente », ce qui laisse craindre de « retomber dans cet état ordinaire de l'humanité – dont nous avions bien cru nous sortir définitivement » (Peyrefitte *et al.*, 1977, p. 18). Pourtant, ce même rapport établit que, si 80 % des personnes interrogées déclarent ressentir « avec acuité une montée de la violence »,

95 % d'entre elles n'ont pas subi, dans le mois écoulé, « une violence quelconque » (id., p. 32 et 34 respectivement). Malgré le sentiment d'insécurité[1], l'insécurité n'est donc pas avérée par des violences effectivement subies.

De nombreuses hypothèses ont été avancées pour expliquer, nuancer ou compléter cet apparent paradoxe[2]. Tout d'abord, preuve que la « civilisation des moeurs » a fait son œuvre, la perception des violences serait plus aiguë quand la sécurité objective entre catégories sociales ou selon les lieux de vie, bien qu'inégale entre hommes et femmes, est majoritairement assurée. En outre, si paradoxe il y a, il n'est que partiel, puisque ce sont bien les personnes qui ont été récemment victimes de violences qui, dans les enquêtes statistiques, déclarent tout de même les sentiments d'insécurité les plus forts (voir par exemple Rizk, 2005a, 2005b). Un paradoxe de sens opposé peut aussi (rarement) être constaté : exposés aux plus forts taux de victimation, les résidents de Paris déclarent moins souvent avoir peur ou être préoccupés par les questions de sécurité que leurs homologues interrogés dans les sept autres départements franciliens, comme s'ils avaient intégré l'insécurité au titre des paramètres « normaux » de la vie parisienne (Anache et Heurtel, 2004, p.1-2).

Selon d'autres études, le contexte politique et social de l'enquête permet également d'expliquer une part des variations des opinions en matière de sécurité (Robert et Pottier, 2004). Par ailleurs, les publics qui se déclarent préoccupés par les questions sécuritaires ne recouvrent pas une réalité sociale figée : aux « insécures classiques », cumulant traditionnellement fortes préoccupations au sujet de la sécurité sur le territoire national, demande de punitivité marquée et sentiments xénophobes, s'ajoute depuis le milieu des années 1990 un nouveau groupe, les « néo-insécures », qui expriment un sentiment d'insécurité sans que celui-ci s'associe à des attitudes punitives et xénophobes. Enfin, l'ENVEFF apporte un éclairage nouveau sur les peurs éprouvées par les femmes dans les espaces publics : ce sont les rapports sociaux de sexe, ainsi que le discours des médias, des institutions ou de l'entourage qui concourent à persuader les femmes qu'elles sont particulièrement exposées aux violences dans les espaces publics (Condon *et al.*, 2005)[3].

De ce qui précède, il résulte qu'il est vain d'espérer pouvoir donner une définition objective de la violence. Pour autant, il ne faut pas sombrer dans un relativisme radical et voir des violences partout ou n'importe où, ou admettre qu'elles peuvent être dites d'une manière quelconque. L'enquête EVS s'efforce de se situer dans cette tension et se construit au regard des définitions – explicites ou non mais également toutes normatives – contenues dans d'autres sources : enquêtes de victimation « traditionnelles » ou sources judiciaires, ENVEFF, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, etc.

Les dimensions multiples de la violence : au-delà des seules atteintes physiques

L'enquête EVS s'attache à délimiter un concept de violence qui soit assez large, sans être indéfiniment extensif. La violence est en particulier identifiée bien plus largement que dans ses seules

1. Les travaux réalisés autour des enquêtes de victimation s'attachent notamment à montrer que ce sentiment d'insécurité se manifeste à la fois comme la crainte des phénomènes de violence ou de délinquance « en général » ou comme la peur d'être soi-même victime.

2. Ce paradoxe est à la fois confirmé et nuancé par les derniers résultats de l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) : si les personnes plus âgées déclarent un sentiment d'insécurité à leur domicile plus fort, alors qu'elles sont moins souvent victimes d'agressions que les plus jeunes, l'âge, une fois envisagé « toutes choses égales par ailleurs », n'a pas d'effet propre sur les réponses à propos du sentiment d'insécurité au domicile (Bauer, 2009, p.164).

3. Sur les relations dialectiques entre analyse sociologique, violences et insécurité perçues, voir les nombreuses interventions de Laurent Mucchielli, en particulier Mucchielli, 2002 et 2005.

manifestations physiques, loin des catégories sur lesquelles reposent les nomenclatures judiciaires et policières (voir l'article p. 17). Dans celles-ci, les « violences », en tant que catégorie de classement statistique ou qualification des circonstances des atteintes perpétrées, ne renvoient qu'aux atteintes physiques (coups et blessures) à caractère non sexuel. La normativité à l'œuvre dans ce cas va dans le sens d'une délimitation de la violence à son expression physique.

L'ENVEFF a constitué une importante source d'inspiration et de réflexion pour délimiter cette notion dans l'enquête EVS : « Quelle qu'en soit la nature et quels qu'en soient les protagonistes, les actes violents sont toujours une atteinte à l'intégrité de la personne » (Jaspard *et al.*, 2003a). En adhérant à cette définition, le questionnaire d'EVS intègre des violences de type « atteintes aux biens » (vols et tentatives de vols, cambriolages, dégradations de biens) et des violences interpersonnelles au sens d'atteintes verbales, physiques, sexuelles et psychologiques. Contrairement à l'ENVEFF, l'enquête EVS intègre aussi les actes de violence exercés sur les biens matériels en possession des personnes, même lorsqu'ils ont été perpétrés en dehors de toute atteinte directe sur la personne elle-même. Dans l'ENVEFF, le repérage des événements vécus au cours des douze derniers mois permet de prendre connaissance d'un vol sans agression physique par exemple. Mais s'il ne comporte pas d'exercice interpersonnel de la violence au sens strict des actes (l'agresseur n'agit directement que sur un ou des biens matériels, pas sur leur propriétaire), son exploration n'est pas davantage poussée. Les données issues de l'ENVEFF donnent donc les moyens de connaître l'existence d'atteintes aux biens, mais ne peuvent rien nous dire de plus que leur occurrence. Avec l'enquête EVS, le traitement qui leur est réservé (concernant les violences subies dans les vingt-quatre mois précédant l'enquête) est tout à fait analogue à celui qui s'applique aux violences verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques, même lorsque ces atteintes aux biens ne se sont pas accompagnées de manifestations explicites ou immédiates envers la personne.

Ce parti pris s'explique par la volonté d'aller jusqu'au bout de la notion d'intégrité de la personne. À partir du moment où celle-ci inclut, outre la dimension physique, des composantes autres (et notamment psychiques), explorer les atteintes « simples » aux biens ouvre la porte à l'idée que ces violences peuvent avoir – peut-être différemment mais tout autant que des violences qui auraient été directement exercées sur les personnes physiques –, des conséquences (notamment) psychologiques sur les victimes.

La question de l'intentionnalité des actes violents

Dans le rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS (Kung *et al.*, 2002), la violence est présentée comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations ». Cette définition inclut donc, outre les actes violents « directs », ceux qui résultent d'une relation de pouvoir, parmi lesquels les menaces et l'intimidation, la négligence ou les actes d'omission. Par ailleurs, elle inclut des atteintes qui ne débouchent pas forcément sur des conséquences immédiatement manifestes. Mais surtout, l'un des tout premiers traits distinctifs d'un acte violent réside, selon l'OMS, dans l'intentionnalité de l'auteur : intention de blesser, au sens propre (physique, sexuel) comme au sens figuré ou plus large (dommages psychologiques, maldéveloppement, privations), tournée contre soi ou contre les autres ; dans le même temps, la définition de l'OMS exclut « les incidents accidentels », comme la plupart des accidents de la route et les brûlures, ce qui ne va pas sans poser problème : l'absence d'intentionnalité empêche-t-elle un comportement d'être « objectivement dangereux ou nuisible » (Krug *et al.*, 2002.) ? Quelle est la frontière entre l'intentionnalité et la négation du caractère périlleux pour autrui de son comportement ?

Pour construire le questionnaire d'EVS, il semblait hasardeux d'intégrer ce critère de l'intentionnalité qui semble, comme on vient de le dire à propos des accidents, une source importante d'ambiguïté sur la nature des faits que l'on se propose ensuite d'agréger statistiquement. D'autant qu'il semble très délicat d'imaginer demander aux enquêtés leur opinion sur les probables intentions de leurs agresseurs (voire sur leurs propres intentions, si l'on inclut les violences auto-infligées comme le préconise l'OMS).

Le critère de l'intentionnalité des actes n'a donc pas été retenu dans la définition de la violence de l'enquête EVS. Sont ainsi considérés comme des actes relevant de violences « interpersonnelles » (par opposition aux « atteintes aux biens ») toutes les atteintes qui impliquent une interaction d'une ou de plusieurs personnes directement sur une ou plusieurs autres, sans nécessairement s'accompagner d'atteintes à des biens matériels, sans les exclure non plus, mais surtout sans que rien ne soit présumé quant aux intentions de l'auteur (ou des auteurs) des faits.

Violences, agressions, conflits : le choix des mots

Une fois ces principes définis pour donner corps au périmètre de la violence telle que l'enquête EVS choisit de l'entendre, il reste à trouver les mots susceptibles de les traduire de manière homogène, dans un questionnaire s'adressant à dix mille personnes sélectionnées de manière aléatoire en population générale.

Dans ce registre, à l'instar de ce qu'a inauguré l'ENVEFF en France, la première règle qui a présidé à l'élaboration du questionnaire a consisté à éviter de parler explicitement de « violences » ou d'« agressions ». Ces mots entrent dans les catégories dont Émile Durkheim expliquait qu'elles étaient particulièrement affectées par le « caractère passionnel » de nos croyances et de nos pratiques en société. Qui plus est, les personnes interrogées seraient alors susceptibles de désigner beaucoup plus des actes de violence émanant de personnes inconnues ou, du moins, extérieures au cercle familial ou à celui des proches : « être agressé(e) » renvoie sans doute, en effet, plus spontanément à des faits qui se sont déroulés hors de la sphère privée.

Pour résoudre ces difficultés, le parti qui a été adopté consiste à décrire factuellement des actes ou gestes violents, des situations concrètement désignées. Ainsi par exemple, il n'est jamais question de violences verbales, mais d'insultes, d'injures ou de menaces verbales. Cette approche conduit à multiplier les questions pour explorer un même type de violence, lorsqu'il semble impossible de dire en une seule phrase la diversité des expériences que l'on cherche à connaître (sur la nécessité de multiplier les questions et les limites de cette démarche, voir l'article p. 53).

Le terme de « violences » n'est pas totalement proscrit du questionnaire d'EVS, mais il est employé avec une extrême parcimonie. Il apparaît d'abord dans la partie consacrée aux événements difficiles qui ont pu parsemer le parcours biographique du répondant, mais pour désigner des actes dont il a été le témoin et non la victime directe : « Avez-vous été confronté(e) à de graves tensions ou un climat de violence entre vos parents ou entre les personnes qui vous ont élevé(e) ? » Cette question intervient après celle sur le divorce ou la séparation des mêmes personnes, et juste avant celle sur l'existence possible de graves conflits entre celles-ci et l'enquêté(e).

Le mot « violences » apparaît ensuite une seule fois pour désigner des événements concernant la personne elle-même, dans une question se situant à la fin du module « violences subies dans les vingt-quatre mois précédents », après la longue série des questions détaillant factuellement différents gestes ou comportements violents qu'aurait pu subir l'enquêté(e). L'objectif, à la fin de ce parcours, est de recueillir des actes perpétrés par des proches que l'enquêté(e) aurait éventuellement omis de déclarer ou aurait souhaité ne pas déclarer dans un premier temps : « Toujours au cours des deux dernières années, avez-vous d'autres faits de violence à mentionner, non évoqués jusqu'ici, dont les auteurs seraient des membres de votre famille ou des proches ? » Ainsi, 1 % des personnes interrogées profitent de cette « question-balai » pour déclarer des

situations de violences qu'elles n'ont pas évoquées au cours de l'entretien qui a précédé. On peut penser que c'est parce que le mot « violences » est (enfin) employé que certaines personnes interrogées songent à des événements que le questionnaire n'avait pas permis de couvrir. Elles peuvent par exemple avoir répondu négativement à certaines questions sur les violences subies dans les vingt-quatre mois précédant l'enquête, parce que le questionnaire ne décrivait pas assez précisément ou de manière assez circonstanciée la réalité concrète des actes dont elles ont été victimes. Le questionnaire ne peut en effet tout aborder : il laisse par exemple de côté le fait de se faire cracher dessus ; de même, les questions sur les tentatives de brutalités physiques ne sont pas détaillées au point de mentionner les « menaces de coups de poings », « menaces avec une arme », « bousculades », etc., formulations spécifiques qui, très probablement, accroîtraient le nombre de victimes en offrant de nouvelles occasions de réponses.

Quant au vocable « agression », il apparaît à un seul moment et dans le module explorant non pas directement les violences mais l'état de santé des répondants, dans des questions complémentaires à celles portant sur différents événements traumatologiques vécus (entorses, fractures, plaies ouvertes) : « Cette entorse, luxation ou déchirure musculaire / fracture / blessure, plaie ayant nécessité des points de suture est-elle survenue lors d'une dispute, d'une bagarre ou d'une agression physique ? » Ce faisant, il s'agit non pas de repérer des violences subies en tant que telles, mais d'identifier les événements de santé qui sont la conséquence immédiate d'actes violents. Une fois l'événement de santé déclaré, on peut supposer qu'il est plus facile à l'enquêté(e), même en cas de violences conjugales par exemple, de dire que cet événement est survenu à l'occasion « d'une dispute, d'une bagarre ou d'une agression physique ».

La distinction opérée, dans l'ENVEFF, entre les notions de conflit et de violence, a également constitué une hypothèse fondamentale pour la construction du questionnaire de l'enquête EVS, mais aussi pour l'interprétation des données. Le rapport final de l'enquête réalisée auprès des femmes définit ainsi les limites entre ces deux réalités : « Au-delà des actes, la violence s'inscrit dans un fonctionnement d'emprise sur l'autre. Elle est fondée sur un rapport de force ou de domination qui s'exerce par des brutalités physiques ou mentales entre au moins deux personnes. Elle ressort du désir d'imposer sa volonté à l'autre, de le dominer au besoin en l'humiliant, en le dévalorisant, en le harcelant jusqu'à sa capitulation et sa soumission. Contrairement au conflit, mode relationnel interactif, susceptible d'entraîner du changement, la violence – signalant d'ailleurs l'incapacité à communiquer – est perpétrée de façon univoque et destructrice » (Jaspard *et al.*, 2003a, p. 17-18). Ainsi, dans l'enquête EVS comme dans l'ENVEFF, le climat conjugal est interrogé tôt dans l'entretien avec l'enquêteur, et d'abord sous l'angle du « simple » conflit. Les deux enquêtes demandent, à propos de la relation de couple actuelle (sur les douze derniers mois) ou de la dernière relation de couple : « Vous êtes-vous disputé(e) avec votre conjoint(e), compagnon (compagne), ami(e) à propos : de la répartition des tâches et de la vie quotidienne / des enfants / de l'argent / de la politique ou de la religion / des sorties, des loisirs ou des projets de vacances / des relations avec vos familles / des relations avec les amis / de votre travail ou du sien / de sexualité / de tout et de rien ? » Pour chacun de ces thèmes, la personne interrogée peut répondre : « jamais / rarement / quelquefois / souvent / (ne sait pas) ». S'ensuit une question complémentaire, toujours à propos du conjoint actuel ou du dernier conjoint, selon les cas[4] : « Lors de disputes, est-ce que vous-même ou votre conjoint(e), ami(e), compagnon (compagne) en êtes venu(e)(s) aux mains, avez lancé ou cassé des objets ? » Les brutalités physiques sont ainsi abordées de manière détournée. Ce n'est que bien plus tard dans l'avancement du questionnaire que de nombreuses situations renvoyant à des gestes ou des actes dans lesquelles des violences (physiques ou autres) ont pu être exercées sont soumises au jugement des enquêtés, pour elles-mêmes, en tant que telles, et non plus dans le contexte explicite de « disputes ».

4. Un intéressant travail de comparaison a été réalisé par Mélanie Bérardier sur cette partie du questionnaire commune à l'enquête EVS et à l'ENVEFF. Il fait apparaître de très fortes analogies entre les déclarations recueillies dans les deux enquêtes, sur le champ (celui de l'ENVEFF) des femmes âgées de 20 à 59 ans (Bérardier, 2008).

Les événements de vie difficiles

D'un côté, l'équipe d'EVS s'est donc efforcée de « cadrer » le concept de violence pour en délimiter des frontières, sans en faire pour autant un concept trop extensif et donc flou. D'un autre côté, il est apparu que d'autres événements que ceux qui s'apprêtaient à entrer strictement dans la catégorie « violence » définie pour l'enquête recelaient aussi de potentielles conséquences traumatiques ou du moins très dommageables sur le parcours de vie, avec notamment de possibles interférences sur l'état de santé. Certains actes, événements, contextes ou situations constituent dans le parcours d'une vie des brutalités pour les personnes qui y sont confrontées, avec d'importantes conséquences sur leur situation à long terme, leur santé notamment - sans oublier qu'un mauvais état de santé peut aussi être un facteur d'exposition à ces événements difficiles largement entendus. Définir ces « événements de vie » comme des violences à proprement parler ne ferait qu'alimenter la confusion, en faisant de la violence un fourre-tout qui regrouperait en définitive toutes les « difficultés de la vie ». Mais les ignorer serait s'aveugler sur l'éclairage possible qu'ils apportent à la connaissance des relations entre violences subies et état de santé.

Rares sont les enquêtes statistiques qui fournissent des informations sur le contexte, le climat familial ou les graves événements qui ont éventuellement marqué l'enfance ou la jeunesse (décès d'un parent, graves privations matérielles, graves carences affectives, etc.), ces éléments n'étant pas déterminants (ou en tout cas pas pensés comme tels) pour appréhender l'objet central de la plupart de ces enquêtes. Pour le dire en termes plus directement statistiques, les « événements de vie » ne sont pas considérés comme des variables de confusion dont l'absence gênerait la lisibilité des données, la pertinence de leur interprétation. Ils sont donc le plus souvent tenus « hors cadre ».

Il existe toutefois des exceptions, dans des domaines justement très voisins ou connexes de celui d'EVS. L'ENVEFF, notamment, se propose d'analyser la situation sociale et familiale des femmes à l'âge adulte, ainsi que leur exposition aux différents types de violences repérés par cette enquête (Jaspard *et al.*, 2003b), à partir d'un ensemble de « difficultés vécues dans l'enfance ». De même, l'enquête Sans-domicile, menée en 2001 par l'INSEE auprès des usagers de services d'hébergement et de distribution de repas chauds, établit qu'il existe un risque accru de subir une agression ou de recourir au bureau d'aide sociale lorsque l'on a vécu certains événements difficiles durant l'enfance (violences intra-familiales, placement hors de la famille d'origine, pauvreté économique de celle-ci, décès précoce d'un parent) [Firdion, 2006]. En France toujours, Georges Menahem mobilise les ressources de la statistique, de la sociologie, de l'anthropologie et de la psychopathologie clinique pour mettre en évidence des relations régulières entre, d'une part, le fait d'avoir connu un grand manque d'affection, le conflit entre ses parents, leur absence prolongée, la maladie grave, le handicap, l'accident, le décès de l'un d'eux et, d'autre part, la surmorbidité à l'âge adulte, le fait d'avoir des accidents graves ou des problèmes d'argent (Menahem *et al.*, 1994 ; Menahem, 1992). À noter, enfin, que les travaux qui se concentrent directement et exclusivement sur les effets à long terme des violences et mauvais traitements subis aux plus jeunes âges sont plus développés aux États-Unis ou au Canada qu'en France, même s'ils restent peu nombreux (Bouchard *et al.*, 2008 ; Herman *et al.*, 1997). Un récent travail de doctorat fournit toutefois de précieux éléments en France (Hamelin, 2010)

Les approches biographiques permettant de mettre en évidence la persistance ou le cumul d'événements difficiles font apparaître, comme le montre Jean-Marie Firdion dans une analyse menée en termes de « capitaux » et de « champs » sociaux à partir de l'enquête Sans-Domicile 2001, l'imbrication des structures socio-économiques avec les capacités individuelles à mobiliser des ressources sociales (Firdion, 2006).

Une enquête longitudinale serait sans doute plus adaptée pour analyser les corrélations intertemporelles entre, d'une part, divers événements difficiles remontant à l'enfance ou l'adolescence (notamment des situations dans lesquelles la personne a été victime de violences au sens où elles sont entendues dans EVS) et, d'autre part, les violences subies plus récemment ou l'état de santé tout au long de la vie. Mais de tels travaux, qui permettent d'établir des résultats au long cours sur des populations suivies en cohortes, sont très rares (MacLeod et Shanahan, 1993).

Le questionnaire de l'enquête EVS s'efforce de repérer de nombreux événements ou situations (potentiellement) difficiles susceptibles de donner corps à un contexte biographique : graves maladies, handicaps ou décès, tentatives de suicides et suicides de personnes faisant partie de la famille ou des proches, sévères privations matérielles (hygiène, nourriture, vêtements, etc.), chômage des parents, alcoolisme ou usage de drogues illicites au sein de la famille, graves conflits ou climat de violence entre les parents, graves conflits entre la personne elle-même et ses parents, vie en institution collective (pensionnat, caserne, prison, foyer, etc.), placement en famille d'accueil, graves carences affectives, etc. À cela, s'ajoutent des événements difficiles concernant très directement la santé de la personne interrogée : les tentatives de suicide que l'enquêté(e) a pu faire font ainsi l'objet de questions (nombre d'événements de ce type, date de la première et de la dernière fois), de même que les accidents (de la route, domestiques, de travail, de loisirs, etc.). Avec ces deux derniers types d'événements, en particulier, on se situe à la frontière des trois dimensions « violences », « événements de vie » et « santé ».

La santé

Contrairement aux violences, le domaine de la santé est un objet d'analyse statistique largement exploré en population générale, et depuis longtemps. Beaucoup d'enquêtes statistiques, dont la régulière enquête Santé[5], mesurent l'état de santé, de bien des manières. Pourtant, si éprouvé que soit le domaine, ces enquêtes et ces analyses développent des angles d'attaque ou des méthodes assez divers et se singularisent aussi par leurs objets mêmes. Comme pour « la violence », il apparaît nécessaire de définir le périmètre de « la santé », le contenu et les outils.

Pour autant, le travail épistémologique préparatoire est d'une nature un peu différente que pour les violences : alors que, concernant celles-ci, le matériau statistique était rare en France au milieu de la décennie 2000, il fallait pour la santé adopter plutôt une optique de sélection, notamment parmi la multiplicité des questionnaires standardisés (voir l'encadré p. 46).

Une réalité complexe à mesurer

Le concept de santé est tout sauf immédiat. Comme le montre Georges Canguilhem en s'appuyant sur Emmanuel Kant, la santé apparaît tout d'abord comme se situant hors du propos scientifique. Citant Kant qui écrit : « On peut se sentir bien portant c'est-à-dire juger d'après son sentiment de bien-être vital, mais jamais savoir que l'on est bien portant… L'absence du sentiment (d'être malade) ne permet pas à l'homme d'exprimer qu'il se porte bien autrement qu'en disant qu'il va bien en apparence », Canguilhem conclut : « Ces remarques de Kant sont importantes, en dépit de leur apparente simplicité, du fait qu'elles font de la santé un objet hors du champ du savoir. Durcissons l'énoncé kantien : il n'y a pas de science de la santé. Admettons-le pour l'instant. Santé n'est pas un concept scientifique, c'est un concept vulgaire. Ce qui ne veut pas dire trivial, mais simplement commun, à la portée de tous » (Canguilhem, 2002, p. 52).

5. Enquête décennale jusqu'en 2002-2003 et enquête Handicap-Incapacités-Dépendances (HID) conduite en 1998-2001, aujourd'hui suivies de la réalisation de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) en 2008-2009.

Mais selon Canguilhem, aucune de ces deux approches de la santé – la première relevant de perceptions profanes, la seconde abordant la santé comme objet de science médicalisée, « mesurée par des appareils » (*ibid.*) – ne vaut finalement sans l'autre : « La reconnaissance de la santé, comme vérité du corps, au sens ontologique, non seulement peut mais doit admettre la présence, en lisière et comme garde-fou, à proprement parler, de la vérité au sens logique, c'est-à-dire de la science. Certes, le corps vécu n'est pas un objet, mais pour l'homme, vivre, c'est aussi connaître. Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi, mais qui ne seraient pas ce qu'ils sont sans elles. Et donc j'ai besoin d'apprendre à connaître ce qu'elles sont pour les changer » (*ibid*., p. 68).

Ce point de vue, qui réconcilie d'une certaine manière définitions objective et subjective de la santé, est particulièrement éclairant lorsque l'on se demande ce que l'on cherche au juste à mesurer dans une enquête statistique portant sur la santé. Il n'en découle directement aucune solution « clé en main » pour savoir quels outils utiliser ou comment formuler des questions, par exemple, mais cela permet de ne pas interpréter en des termes trop absolus l'opposition de principe entre santé « déclarée » ou « perçue », et santé « mesurée », « objectivée » ou « diagnostiquée »[6].

Ainsi, à propos de la santé comme des violences, certaines informations relèvent de la subjectivité du répondant, ce qui requiert des efforts pour les objectiver. Sans cela, aucune homogénéité des réponses n'est possible et, de ce fait, aucune agrégation statistique envisageable.

La question de santé perçue qui ouvre le module santé d'EVS est la première question du SF12-v2, éminemment subjective[7] : « Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : excellente / très bonne / bonne / médiocre / mauvaise ? » Ce type de questionnement fait l'objet d'une abondante littérature : il établit que même sans contrôle par des éléments objectifs ou diagnostiqués, il existe des liens étroits entre les déclarations subjectives et l'état de santé objectif, mesurable des personnes (Miilunpalo *et al.*, 1997 ; De Salvo *et al.*, 2005).

La part de subjectivité est également grande pour les questions portant sur certaines pathologies repérables dans le domaine de la santé mentale, par exemple les épisodes dépressifs majeurs. Certains questionnaires standardisés de santé demandent simplement si le répondant se sent triste, sans entrain, sans plaisir, sans envie, etc. (questionnaires d'humeur dépressive, comme l'échelle CES-D par exemple [Radloff, 1977]). Pour éviter de rester dans le report de sentiments sans précision par ailleurs, l'équipe de l'enquête EVS a préféré un questionnaire de santé mentale moins sensible et plus spécifique à quelques pathologies qu'il semblait intéressant de cerner. Ainsi, les modules du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) qui ont été retenus associent aux questions-filtres portant sur l'humeur ressentie (toujours pour parler des épisodes dépressifs majeurs), des questions détaillées, appuyées sur la liste des symptômes retenus dans le DSM-IV comme critères diagnostiques[8] : ces éléments factuels permettent ainsi à un enquêté de se déterminer, subjectivement certes, mais sur la base de la description de situations concrètement

6. Voir par exemple comment, dans leur approche économétrique des liens entre offre de travail et santé, Philippe Tessier et François-Charles Wolff (Tessier et Wolff, 2005), après avoir distingué au premier abord les dimensions objective et subjective de la santé, prennent toutefois en compte le fait que les mesures objective et subjective de l'état de santé ne sont pas indépendantes, que l'« objectivité » doit être nuancée par l'idée que la déclaration de maladies chroniques, réputée « objective » dans le modèle, comporte cependant « une part de subjectivité » (id., p. 25) et, surtout, que « ni la mesure subjective, ni la mesure objective ne donnent une représentation satisfaisante de la santé pour étudier ses interactions avec la participation au travail » (id., p. 36). Les auteurs préfèrent donc combiner les deux approches et « employer simultanément différents indicateurs de la santé pour aborder cette question » (id., p. 37).

7. Cette formulation est très proche de celle de la première question du mini-module européen utilisée dans les enquêtes statistiques santé de l'Union européenne : « Comment est votre état de santé général ? Très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais. » Les modalités de réponse du SF12-v2 tendent à favoriser la déclaration d'une meilleure santé, en « tirant » les modalités de réponse vers le haut, c'est-à-dire vers une appréciation plus positive de sa santé.

8. Selon la version du MINI que l'on choisit, les critères de repérage des troubles sont issus de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS ou sur le DSM-IV. La version choisie pour EVS relève de cette dernière option, en accord avec la recherche d'un outil de passation pas trop sensible et assez spécifique.

décrites (changement de l'appétit, prise ou perte de poids, lenteur des gestes ou au contraire agitation, problèmes de sommeil, sentiment de culpabilité ou de faible valeur de soi-même, etc.). Et évidemment, il n'y est jamais question de « dépression », exprimée en ces termes. Ce n'est qu'à l'issue de réponses données à propos de symptômes factuellement définis qu'un répondant sera, lors de l'exploitation des données de l'enquête, identifié ou non comme présentant un épisode dépressif majeur.

L'usage de questionnaires standardisés interrogeant la consommation d'alcool (tests AUDIT et DETA) remplit le même office : approcher au mieux, par la déclaration, une réalité objective qui pourrait, autrement, laisser libre cours à la plus grande appréciation subjective (encadré).

Ainsi, comme il s'est efforcé de le faire pour interroger les violences, le questionnaire d'EVS cherche à assumer cette incontournable subjectivité en offrant le plus possible des occasions d'objectiver des situations. Un répondant déclarant qu'il souffre d'une maladie chronique ne doit pas être reçu de manière suspicieuse : pourquoi postuler une méconnaissance totale des enquêtés quant à leur santé « vraie » car « médicale » ? Ou pourquoi émettre des soupçons d'hypocondrie consistant à voir en chaque enquêté(e) un malade imaginaire potentiel ? Si déclarer souffrir d'une maladie chronique dépend en dernier ressort de la manière subjective du répondant de se dire « malade », il est toutefois possible d'encadrer cette déclaration par des guides ou des garde-fous. Et quoi qu'il en soit, il faut éviter absolument d'adhérer à l'illusoire possibilité de cerner la morbidité ou l'état de santé « réel ». Le protocole de collecte, sur ce sujet, a été pensé pour éviter les sous-déclarations connues dans ce domaine (Dauphinot *et al.*, 2006) : après une première question intégrant, dans son libellé même, la définition de ce que l'on entend par maladie « chronique »[9], l'enquêteur présente systématiquement une liste de réponses possibles, découpée en cinquante-sept types de maladies regroupés par grandes catégories homogènes[10], très proche de la liste établie par l'enquête Santé et protection sociale (ESPS), menée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) tous les deux ans et qui s'appuie elle-même sur la Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10). La cinquante-huitième modalité correspond aux réponses « aucune de ces maladies ». La formation reçue par les enquêteurs pour préparer la passation du questionnaire leur indiquait comment parvenir à lire et parcourir soigneusement la liste des maladies, pour éviter les réponses négatives trop rapides, sans que ce moment de l'entretien ne soit pour autant trop lourd ou trop long à gérer. À cette question, succède une seconde, formulée différemment : elle mentionne des « maladies ou problèmes de santé » et non plus des « maladies chroniques », mais donne lieu à la présentation de la même liste de modalités de réponses, pour « rattraper » les maladies chroniques sous-déclarées dans un premier temps. Malgré toutes ces précautions, rien n'oblige une personne souffrant d'une des maladies chroniques proposées à l'indiquer, mais la réponse est guidée, encouragée, la subjectivité encadrée au plus près.

Une mesure multidimensionnelle de la santé, recouvrant notamment la santé mentale et sociale de l'individu

Un autre parti pris de l'enquête EVS est de ne pas réduire l'approche de la santé à sa dimension physique, comme pour les violences. La santé est abordée sous les angles physique, mental, fonctionnel et social, sans négliger la question du recours aux soins.

9. La question posée est : « Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladies chroniques ? Une maladie chronique est une maladie qui dure ou durera, qui revient ou reviendra régulièrement ». La même question avait été posée dans l'enquête décennale Santé 2002-2003, mais la définition de la chronicité était lue « en option » par les enquêteurs, lorsque les enquêtés manifestaient des doutes sur son sens ou hésitaient dans leur réponse. Systématiser le fait de donner la définition aux enquêtés est un gage d'homogénéité de la réponse et un moyen de surmonter ambiguïté et réticences face à l'idée de chronicité.

10. La première catégorie regroupe par exemple les « maladies cardiovasculaires » et permet d'énumérer : hypertension artérielle, angine de poitrine, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral (attaque), etc.

Sous cet aspect multidimensionnel, on peut considérer que la santé telle qu'elle est définie dans l'enquête EVS ne va pas à l'encontre de la définition bien connue, largement diffusée par l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, moral et social, ne consistant pas seulement en l'absence d'infirmité ou de maladie ». Mais cette définition, très extensive et générale s'avère souvent malcommode et ici, ne donne pas d'indications pratiques sur la manière dont, dans un questionnaire à visée statistique, il est possible de décliner la santé sous ses différentes dimensions.

Dans l'enquête EVS, la multiplication des dimensions de la santé mesurées n'a pas pour objectif de juxtaposer celles-ci, les unes à côté des autres de façon neutre. Chacune de ces dimensions est en effet investie d'un statut particulier, dicté par certaines hypothèses émises en amont de l'enquête à propos des liens entre violences subies et état de santé.

La santé mentale fait ainsi l'objet d'une attention particulière. Elle est abordée dans plusieurs passages du questionnaire, soit de manière synthétique, lorsqu'il est par exemple question d'indicateurs de santé perçue ou de qualité de vie (score agrégé de santé mentale calculé à partir des huit dimensions explorées par le SF-12v2), soit pour cerner de manière plus analytique certaines pathologies (maladies chroniques, épisode dépressif majeur et trouble anxieux généralisé, troubles paniques, agoraphobie et phobie sociale, troubles du sommeil, consommation d'anxiolytiques, d'hypnotiques et d'antidépresseurs), soit encore pour prendre connaissance d'événements ou de situations dénotant un mauvais état de santé mentale (tentatives de suicide, graves carences affectives, consommation d'alcool ou de drogues illicites). L'hypothèse est que, pour pouvoir analyser les relations entre violences subies et état de santé, l'investigation dans le domaine de la santé mentale doit aller au-delà de quelques informations qui, de manière très agrégée, permettraient simplement de conclure que « les personnes victimes de violences se portent plus mal que les autres ».

Ne pas se limiter aux frontières physiques de la santé, en incluant également des questions concernant les limitations fonctionnelles, les handicaps et la santé sociale de la personne, c'est également tâcher de rester dans la logique de ce que Georges Canguilhem entend par l'idée de « se porter », bien ou mal. Les limitations fonctionnelles font l'objet de trois questions, au présent et au passé :

- « Actuellement, êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » (question identique à la troisième question du mini-module européen de santé)
- « Vous est-il déjà arrivé, dans le passé, d'être limité(e) pendant au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? Il s'agit d'une limitation passée au sens où elle est maintenant terminée »
- « Avez-vous une reconnaissance officielle de handicap ou d'invalidité (carte d'invalidité, pension, allocation, rente, capital, admission dans un établissement spécialisé) ? » À noter que les handicaps peuvent également être déclarés lors de la révélation des maladies chroniques et que le SF-12v2 permet, à travers les dimensions « activité physique », « douleurs physiques » et « limitations dues à l'état physique », de savoir si la personne, en raison de son état physique ou de douleurs ressenties, est limitée dans certaines activités explicitement désignées.

Plus largement, ce que l'on peut inclure dans la santé « sociale » peut provenir, dans le questionnaire, de la dimension « vie et relations avec les autres », ainsi que de plusieurs questions disséminées au sein du module biographique (fréquence des rencontres avec les proches, type d'aide reçue des proches ou apportée à ceux-ci, possibilité de se confier à une personne lorsque l'on a un problème personnel ou concernant la vie de famille, etc.) ou du module violences (perte de confiance en autrui après avoir subi des atteintes, empêchement de faire ce que l'on fait d'habitude à cause de celles-ci, etc.).

Dans l'enquête EVS, être en mauvaise santé ou mal se porter peut donc être estimé de multiples manières, qui toutes peuvent constituer des représentations du rapport de la personne à son environnement, de sa capacité à en maîtriser plus ou moins aisément les variations et à en surmonter plus ou moins les agressions, en accord avec ce qu'entend Georges Canguilhem lorsqu'il définit la mauvaise santé comme une « restriction des marges de sécurité organique » (*id.*, p. 60-61).

En résumé, à côté des outils le plus souvent en usage dans une enquête statistique portant sur la santé (santé perçue, maladies, limitations fonctionnelles, recours aux soins et consommation de certains médicaments dans les douze mois précédents), d'autres instruments permettent de développer une approche globale de la santé comme le fonctionnement ou le dysfonctionnement dans un environnement (santé mentale et sociale largement entendues).

Encadré

Un usage raisonné des questionnaires standardisés de santé

Si l'offre d'instruments permettant d'interroger la santé dans une enquête statistique est pléthorique, c'est en particulier parce qu'il existe de nombreux questionnaires standardisés de santé, généralistes (permettant de mieux cerner différents aspects de la santé perçue ou fonctionnelle), ou spécifiques (pour des pathologies particulières comme les migraines, la santé mentale, etc.). Ces questionnaires permettent d'établir des comparaisons entre la population enquêtée et des populations décrites dans d'autres sources. Mais cet avantage en termes de comparabilité ne peut faire oublier la forme concrète, parfois lourde de ces questionnaires : ils comportent souvent beaucoup de questions, ce qui peut avoir des effets néfastes sur le temps de passation et la lassitude des enquêtés ; leurs formulations paraissent parfois surprenantes ou ambiguës et ne sont pas toujours bien acceptées par les enquêtés au cours d'un entretien qui obéit à une logique globale.

Le nombre de questionnaires standardisés insérés dans le questionnaire d'EVS a donc été limité à quatre : qualité de vie-santé perçue (SF-12v2), santé mentale (MINI, deux modules entiers et questions-filtres de trois autres modules) et tests de consommation d'alcool (DETA, AUDIT), chacun ayant une mission bien particulière, selon des hypothèses formulées en amont de l'enquête. C'est en précisant la nature de ce que l'on cherchait à mesurer, en rapport avec les objectifs principaux d'EVS, que le choix de ces questionnaires a été opéré. Par exemple, il ne s'agit pas de questionner le domaine de la santé mentale ou la consommation d'alcool en général, mais bien de poser certaines formes de questions, avec des objectifs particuliers sur la nature des résultats attendus.

• Le SF-12v2 : un outil pour calculer des scores agrégés de santé physique et mentale

Le choix du SF(Short Form)-12v2 n'a pas été immédiat. Le SF-36, son grand frère en 36 questions, avait été utilisé dans l'auto-questionnaire papier de l'enquête décennale Santé 2002-2003 et aurait pu être inclus dans EVS pour comparer ces enquêtes réalisées en population générale en France à des dates proches avec des échantillons importants. Mais les tests ont montré que le SF-36 était trop long et entraînait des difficultés de compréhension pour les enquêtés.

Un des freins à l'utilisation du format en 12 questions, le SF-12v2, résidait dans le fait qu'il n'était ni traduit, ni « validé » en français. En revanche, le SF-12 anglophone reprend presque mot pour mot douze questions du SF-36, lequel est, pour sa part, traduit et validé en français (Leplège *et al.*, 1993). Il était donc possible de sélectionner les douze questions concernées du SF-36. Restait ensuite à savoir si l'on pouvait transposer le SF-12v2, conçu aux États-Unis et utilisé (notamment) dans ce pays, au vu des objectifs poursuivis dans EVS.

Au fil des réflexions, le rôle assigné au SF-12v2 dans EVS a été précisé : plutôt que de comparer des sources, il s'agissait de trouver un outil capable de « dégrossir » un profil de santé (ici, de qualité de vie et santé perçue) et d'utiliser les informations synthétiques du SF-12v2 (scores agrégés de santé physique et

mentale) pour confronter l'état de santé des personnes de 18-75 ans dont les enquêtés d'EVS sont représentatifs à d'autres informations sur la santé relevées ailleurs dans le questionnaire d'EVS (avec ou sans questionnaire standardisé).

Des échanges avec les concepteurs américains du SF-36 et de ses différentes versions ont permis de préciser l'analyse, en décidant d'utiliser les pondérations établies sur des échantillons de population américains[1] et de trancher sur de petites questions de traduction[2]. En revanche, calculer les scores à partir des moyennes observées dans la population américaine, comme le prévoyait le manuel américain d'utilisation du questionnaire, ne semblait pas cohérent avec l'idée que le SF-12v2 était mobilisé, dans EVS, pour comparer les enquêtés entre eux. Les scores agrégés ont donc été calculés en utilisant les moyennes observées sur l'échantillon lui-même, mais en pondérant par les poids respectifs associés aux huit dimensions de la santé établis aux États-Unis (activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique). Les scores de santé physique et psychique du SF-12v2 calculés pour EVS sont, comme les scores que préconise d'établir le manuel américain, centrés sur une moyenne de santé de 50 (0 indiquant un très mauvais état de santé, 100 un excellent), avec un écart type de 10. Mais, étant donné les choix opérés pour construire ces scores, la moyenne de 50 vaut ici à titre de comparaison avec la population de référence de l'enquête (personnes de 18 à 75 ans résidant en ménage ordinaire en France), et non avec la moyenne calculée dans les enquêtes réalisées aux États-Unis.

Enfin, puisque le SF-12v2 couvrait les huit mêmes dimensions de la santé que le SF-36, se posait la question de savoir si l'on pouvait calculer, avec seulement douze questions, outre les deux scores agrégés, huit scores spécifiques. Le matériau recueilli dans l'enquête permettrait de le faire, mais cette exploitation a semblé un peu aventureuse[3] et les publications appuyées de l'enquête EVS s'en tiennent aux scores agrégés de santé physique et mentale, sans s'interdire bien évidemment d'utiliser les questions (mais pour elles-mêmes, non pour en tirer des scores) sur lesquelles reposent, pas à pas, les huit dimensions différentes.

Le MINI : un outil pour identifier l'épisode dépressif majeur et le trouble anxieux généralisé

Les enjeux liés à l'utilisation du MINI sont assez différents. Au vu des réserves suscitées par les questionnaires standardisés d'humeur dépressive, il s'agissait de trouver un outil permettant non pas d'établir un diagnostic de santé mentale – inaccessible dans une enquête statistique réalisée par des enquêteurs non-médecins et sans examen clinique complémentaire –, mais d'identifier des problèmes tout de même assez proches des critères diagnostiques ou qui permettent de s'y référer. Obtenir des prévalences de dépression ou d'anxiété élevées aurait été le signe que de nombreux « faux positifs » se trouvaient inclus dans les personnes repérées dans le questionnaire comme potentiellement malades. Le risque aurait alors été, avec « trop » de dépressifs ou d'anxieux, de ne pas pouvoir établir des liens robustes et pertinents entre les déclarations de violences subies, d'événements difficiles vécus et l'état de santé repéré par des pathologies bien circonscrites. Pour le dire autrement : pour savoir si le fait d'avoir subi des violences ou d'avoir traversé des événements difficiles est corrélé au fait de présenter, par exemple, une probabilité accrue de trouble anxieux généralisé, encore faut-il pouvoir discriminer, parmi l'ensemble des 18-75 ans, qui présente des symptômes véritablement caractéristiques de cette pathologie.

1. Pondérations définies dans le manuel d'utilisation américain du SF-12v2 pour calculer les scores de santé psychique et physique comme des sommes pondérées des huit dimensions de la santé incluses dans le SF-12v2 (tout comme dans le SF-36). Voir Ware *et al.*, 2005.

2. Les douze questions du SF-12v2 reprennent à quelques mots près douze des questions du SF-36 : c'est à ce sujet que les auteurs du SF-36 ont été consultés, pour donner leur accord, sur le fond de la traduction comme sur les droits légaux d'utilisation du questionnaire, si nous utilisions la traduction résultant de nos échanges. Remerciements à Donna Fontaine et Barbara Gandek.

3. Huit scores synthétiques appuyés sur seulement douze questions, cela signifierait une ou deux questions seulement mobilisées pour calculer chacun des scores.

Les échanges avec les concepteurs franco-américains du questionnaire MINI ont permis de préciser ce qui semblait possible et souhaitable, au vu des objectifs propres à l'enquête. Le MINI est, dans sa version intégrale, trop long pour être associé intégralement au questionnaire EVS, d'autant que certaines parties s'avéraient d'emblée inutiles[4]. Il a donc semblé légitime de n'inclure globalement que les modules portant sur l'épisode dépressif majeur et le trouble anxieux généralisé et de se limiter à la première question pour les modules portant sur les troubles paniques, l'agoraphobie et la phobie sociale. Si les deux premières pathologies peuvent être repérées, en référence aux critères diagnostiques du DSM-IV, on sait qu'en faisant ce choix, il faut interpréter avec plus de prudence les résultats relatifs aux trois pathologies suivantes, trois formes d'anxiété spécifiques. Les conclusions à leur propos ne sont certainement pas aussi robustes que pour les autres pathologies, mais on choisit ici de se satisfaire d'informations à mettre en regard avec d'autres éléments décrivant la santé des personnes.

De même, il a été décidé d'extraire du Nottingham Health Profile (NHP) quelques questions permettant de décrire de façon analytique différents troubles du sommeil. Ainsi, même si l'on ne peut pas calculer de score de santé mentale appuyé sur l'intégralité de la logique du NHP, ce petit questionnaire sommeil vient en appui de ce que les enquêtés ont déjà pu déclarer lorsqu'ils ont éventuellement dit souffrir de maladies ou problèmes de santé chroniques ou qu'ils ont répondu (s'ils ont passé les questions-filtres) à des questions sur le sommeil dans les deux modules « épisode dépressif majeur » et « anxiété généralisée » du MINI.

Les questionnaires AUDIT et DETA

La décision d'utiliser ces questionnaires standardisés repose quant à elle sur la volonté de comparer les enquêtes statistiques françaises ou étrangères des dix dernières années, qui ont largement utilisé ces outils. C'est notamment le cas du Baromètre santé, même si le mode de passation est différent de celui d'EVS : dans EVS, l'interrogation sur la consommation d'alcool est placée dans la partie du questionnaire auto-administrée par ordinateur, tandis que le Baromètre santé interroge les enquêtés par téléphone. Un des intérêts, pour l'exploitation des données, est donc de comparer des populations enquêtées à la lumière des différences de protocole, pour en tirer de possibles hypothèses sur l'influence des méthodes de collecte. Un chapitre de cet ouvrage développe cet aspect (voir page 261).

4. Sur la consommation de drogues et d'alcool, par exemple, ce sont les questionnaires en vigueur ailleurs dans la statistique française ou étrangère qui s'imposaient, non les modules du MINI portant sur ces sujets.

Conclusion

Le travail de définition et de choix des outils de collecte réalisé en amont de l'enquête EVS ressemble donc à celui que requiert la réalisation de toute enquête statistique : il s'agit toujours, au fond, de définir les spécificités de l'objet central de l'enquête, pour tenter de trouver les meilleures voies de questionnement possible. Ce faisant, inévitablement, on se propose d'atteindre un objectif final qui sera éminemment construit, c'est-à-dire jamais indépendant des outils particuliers choisis pour donner une forme concrète à l'enquête. L'intérêt réside alors, certes, dans la lecture des résultats, mais en n'oubliant jamais de les peser à l'aune des hypothèses qui ont présidé à leur construction.

Le chapitre suivant permet quant à lui de comprendre comment les définitions et outils de mesure présentés ici ont été rendus opérationnels sur le terrain, par la construction du questionnaire et la mise en œuvre d'un protocole de collecte spécifique à l'enquête.

BIBLIOGRAPHIE

Anache M., Heurtel H., 2004, « Victimation et insécurité en Île-de-France, une réalité diversement partagée », *Note rapide n° 355, Sécurité et comportements*, mai, 4 p.

Ariès P., 1973, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Seuil, coll. « L'Univers historique », XIX-501-[16] p.

Aubusson B., Lalam N., Padieu R., Zamora P., 2002, « Les statistiques de la délinquance », *France, portrait social 2002-2003*, INSEE, p. 141-158.

Bauer A. (sous la dir. de), 2009, *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la déliquance 2009*, CNRS Éditions, 710 p.

Bérardier M., 2008, «Les disputes dans EVS et ENVEFF», *Document de travail*, INED, septembre, 118 p.

Bouchard R.-M., Tourigny M. Joly J., Hébert M., Cyr M., 2008, « Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 56, n° 5, octobre, p. 333-344.

Canguilhem G., 2002, « La santé : concept vulgaire et conception philosophique », in : *Écrits sur la médecine,* Seuil, coll. « Champ freudien », p. 49-68.

Clastres P., 1997, *Archéologie de la violence. La guerre dans les sociétés primitives*, Pierre Clastres et éditions de l'Aube, 94 p.

Condon S., Lieber M., Maillochon F., 2005, « Insécurité dans les espaces publics : comprendre les peurs féminines », *Revue française de sociologie*, 46-2, 2005, p. 265-294.

Dauphinot V., Naudin F., Guéguen R., Perronnin M., Sermet C., 2006, « Écarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypoercholestérolémie », *Questions d'économie de la santé,* novembre, 8 p.

De Salvo K.B., Fan V.S., McDonell M.B., Fihn S.D., 2005, « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, vol. 40, issue 4, August, p. 1234-1246.

Durkheim É., 1895, *Les règles de la méthode sociologique*, PUF, Quadrige (édition PUF 1937), 149 p.

Élias N., 1973, *La civilisation des mœurs*, Calmann-Lévy, 342 p. (en particulier chapitre VII, « Les modifications de l'agressivité »).

Farge A., 2007, *Effusion et tourment : le récit des corps. Histoire du peuple au XVIIIe siècle*, Odile Jacob, 248 p.

Farge A., 1992, *La vie fragile : violence, pouvoirs et solidarités à Paris au XVIIIe siècle*, Seuil, « Points », 354 p.

Firdion J.-M., 2006, « Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile », *Économie et statistique*, n° 391-392, p. 85-111.

Geremek B., 1990, *Les marginaux parisiens aux XIVème et XVème siècles,* Flammarion, « Champs », 374 p.

Geremek B., 1987, *La potence ou la pitié : l'Europe et les pauvres, du Moyen Âge à nos jours*, Gallimard, « Bibliothèque des Histoires », 330 p.

Guelfi J.D., *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, CD-Rom, Pierre Fabre Système nerveux central.

Hamelin C., 2010, *Violences sexuelles dans l'enfance et santé à l'âge adulte chez les femmes kanakes de Nouvelle-Calédoni*e, thèse de doctorat, Paris 11, Faculté de médecine Paris-Sud, 182 p.

Herman Daniel B. Susser E.S., Struening E.L., Link B.L., 1997, « Adverse Childood Experiences : Are They Risk Factors for Adult Homelesness ? », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 2, p. 249-255.

Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A., 2003a, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, La Documentation française, 370 p.

Jaspard M., Brown E., Lhomond B., Saurel-Cubizolles M.-J., 2003b, « Reproduction ou résilience : les situations vécues dans l'enfance ont-elles une incidence sur les violences subies par les femmes à l'âge adulte ? », *Revue française des Affaires sociales*, juillet-septembre, n° 3, p. 159-189.

Krug E.-G., Dahlberg L.-L., Mercy J.-A., Zwi A., **Lozano-Ascensio R.**, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé,* Organisation mondiale de la santé, Genève, XXII-282-[89] p.

Leplège A., Écosse E., Pouchot J., Coste J., Perneger T., 1993, *Le Questionnaire MOS SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*, Éditions Estem, 158 p.

MacLeod J., Shanahan M .J., 1993, « Poverty, parenting and children's mental health », *American sociological review*, vol. 58, issue 3, June, p. 351-366.

Menahem G., Bantman P., Martin S., 1994, « Événements de la jeunesse, trajectoires de vie et troubles de l'existence à l'age adulte », *in* Bouchayer F., Verger D., *Trajectoires sociales et inégalités. Recherches sur les conditions de vie*, Érès, MiRe/INSEE, p. 63-90.

Menahem G., 1992, « Troubles de santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance », *Population*, n° 4, p. 893-932.

Michaud Y., 1999, *La violence,* PUF, Coll. « Que sais-je ? », 5e édition, 127 p.

Miilunpalo S., Vuori I., Oja P., Pasanen M., Urponen H., 1997, « Self-rated Health Status as a Health Measure. The Predictive Value of Self-reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working Age Population », *Journal of Clinical Epidemiology,* vol. 50, issue 5, p. 517-528.

Mucchielli L., 2005, *Le scandale des « tournantes ». Dérives médiatiques et contre-enquête sociologique*, La Découverte, « Sur le vif », 124 p.

Mucchielli L., 2002, *Violences et insécurité. Fantasmes et réalités dans le débat français,* La Découverte, « Sur le vif », 2e édition, 158 p.

Peyrefitte A., Schmelck R., Dumoulin R., 1977, *Réponses à la violence. Rapport remis à monsieur le Président de la République*, La Documentation française, septembre, 193 p.

Radloff, L.S, 1977, « The CES-D Scale : a self-report depression scale for research in the general population », *Applied Psychological Measurements*, 1, p. 385-401.

Rizk C., 2005a, « 8 % des ménages déclarent avoir été victimes de vols en 2004 », *Grand Angle, Bulletin statistique de l'Observatoire national de la délinquance*, n° 2, octobre, 8 p.

Rizk C., 2005b, « Près de 5 % des personnes de 14 ans et plus déclarent avoir été victimes d'au moins une agression en 2004 », *Grand Angle, Bulletin statistique de l'Observatoire national de la délinquance*, n°3, novembre, 8 p.

Rizk C., 2004, « Comment appréhender l'outil statistique des faits constatés par les services de police et les unités de gendarmerie (état 4001) », *Résultats et méthodes*, n°1, novembre, 26 p.

Robert P., Pottier M.-L., 2004, « Les préoccupations sécuritaires : une mutation ? », *Revue française de sociologie*, 45-2, p. 211-242.

Robert P., Zauberman R., Pottier M.-L., Lagrange H., 1999, « Mesurer le crime. Entre statistiques de police et enquêtes de victimation », *Revue française de sociologie*, XL-2, p. 255-292.

Tessier P., Wolff F.-C., 2005, « Offre de travail et santé en France », *Économie et prévision*, n° 2, p. 17-41.

Ware J.E., Kosinski M., Turner-Bowker D., Gandek B., 2005, *How to Score Version 2 of the SF-12® Health Survey*, Lincoln & Boston, QualityMetric Incorporated & Health Assessment Lab, September, 267 p.

Weber M., 1959, *Le savant et le politique*, Plon, « Le monde en 10/18 », 185 p.

Weber M., 1967, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme,* Plon, 2e édition corrigée, 286 p.

L'élaboration du questionnaire et du protocole de collecte :

innovations et précautions méthodologiques

Catherine CAVALIN

La sensibilité extrême de la thématique (violences subies, mais aussi problèmes de santé et événements douloureux d'ordres divers) et le manque de précédents en France ont conduit les concepteurs de l'enquête EVS à innover du point de vue méthodologique. D'autant que, dans les rares enquêtes qui abordent des sujets aussi intimes, l'ENVEFF notamment, les réponses sont généralement recueillies par téléphone, et non en face à face[1].

Face aux problèmes de fond soulevés lors de la préparation de l'enquête, il est apparu essentiel que le fond du questionnement marche en bonne intelligence avec les « manières de faire ». Il s'est agi de donner un sens au contenu des concepts définis pour fonder l'enquête (voir l'article p. 35), tout en prêtant une attention particulière à la progressivité du questionnaire, aux précautions utiles à la bonne passation de l'entretien, à certains aspects très pratiques du protocole de collecte et aux mesures d'accompagnement à mettre en place.

Un questionnaire progressif qui ménage la sensibilité des enquêtés et des enquêteurs

La progressivité du questionnement s'avérait, dans cette enquête, déterminante des conditions de passation.

Les sujets auxquels touche l'entretien conduit par les enquêteurs de l'INSEE pour EVS étant sensibles et variés, se pose tout d'abord la question de savoir comment parler des violences, sans pour autant choquer ni faire intrusion. Par ailleurs, et même si les enquêteurs s'accordent le plus souvent à constater à quel point la santé est un sujet propice à la mise en confiance, aborder cette question peut donner lieu à des remémorations douloureuses et intimes. Plus généralement, le questionnaire couvre une grande diversité d'événements qui, lorsqu'ils ont émaillé le parcours de vie d'une personne, risquent fort d'en rendre le « récit » difficile, émouvant, bouleversant parfois : décès des parents, d'enfants ou d'autres proches, suicides ou tentatives de suicide parmi ces mêmes personnes, alcoolisme ou toxicomanie au sein de la famille, privations matérielles, graves carences affectives, etc.

1. L'enquête ACSF (Analyse du comportement sexuel des Français) en 1992, suivie de CSF (Contexte de la sexualité en France) en 2005-2006, a aussi été réalisée par téléphone.

Les tests de passation des questionnaires réalisés avant la collecte de l'enquête ont d'ailleurs montré que des entretiens pouvaient s'avérer éprouvants, même lorsqu'une personne déclarait n'avoir subi aucun acte de violence, parce qu'il suffisait qu'un événement autre que « violent » (au sens du questionnaire) fût abordé, pour que cette remémoration fît changer du tout au tout un jeu de questions-réponses commencé pourtant avec entrain et bonne volonté. De même, des violences que l'on pouvait *a priori* considérer comme moins graves n'étaient pas toujours ressenties de manière aussi légère qu'on pouvait l'attendre : un vol, même perpétré en l'absence de la victime et prenant pour objet des biens de faible valeur matérielle, peut laisser des souvenirs traumatisants, par exemple parce que la valeur sentimentale attachée aux objets dérobés est particulièrement forte.

Les entretiens-tests conduits préalablement à la réalisation de l'enquête ont aussi permis de comprendre à quel point il fallait ménager la sensibilité des enquêteurs sans se borner à rendre le questionnaire progressif et respectueux des seuls enquêtés. Si le questionnaire ne doit pas tourner à l'interrogatoire, cela relève d'abord d'une obligation morale envers les personnes interrogées. Mais il est tout aussi indispensable, même si au premier abord eux-mêmes n'y songeaient pas, de donner aux enquêteurs les moyens d'affronter la sensibilité des problèmes soulevés par les entretiens : la difficulté de la parole pèse aussi lourdement sur l'enquêteur, qui risque parfois, malgré lui, d'arracher des aveux plus que de recueillir des réponses. En d'autres termes, le fait de devoir « faire parler » une personne en la plongeant éventuellement dans la douleur peut entraîner un sentiment de culpabilité chez ces enquêteurs et les empêcher de recueillir les données dans les conditions de neutralité prévues. Ces entretiens peuvent également avoir un retentissement douloureux avec leur propre vie (violences subies ou autres événements de vie qui les ont eux-mêmes touchés), comme l'enseigne l'une des leçons tirées de « l'effondrement » de certaines enquêtrices chargées de réaliser les entretiens téléphoniques de l'ENVEFF.

Il fallait donc essayer de rendre le questionnement le plus progressif possible, en n'abordant ni trop vite ni par des formulations à l'emporte-pièce certains événements potentiellement vécus comme très graves par ceux qui les ont traversés. Mais il fallait aussi éviter que le questionnaire ne monte trop en intensité dramatique, aboutissant à un point culminant d'émotion en toute fin. Ces limites, beaucoup moins évidentes, ont émergé lors des bilans des tests réalisés sur le terrain, grâce à la finesse du jugement des enquêteurs. Lorsque le questionnaire est « trop »progressif, ces derniers peuvent avoir le sentiment, dans ce cas, de devoir conduire un véritable interrogatoire et les enquêtés peuvent ressentir cette progression comme un piège se refermant sur eux. La recherche d'un équilibre entre ces deux impératifs – ne pas aborder d'emblée des sujets qui peuvent choquer, mais ne pas non plus émouvoir à l'excès les personnes enquêtées en conduisant l'entretien de manière trop savamment tacticienne – a joué un rôle important dans la construction du questionnaire, notamment pour choisir l'ordre des modules et des questions (voir la description du questionnaire p. 63).

Le module santé a ainsi été placé en tête du questionnaire : même si c'est un sujet potentiellement délicat, les personnes ayant des événements ou situations douloureux à évoquer dans ce domaine peuvent souvent le faire sans culpabilité et rencontrer aussi, ce faisant, la sympathie des enquêteurs. Le module biographique qui suit contient de nombreuses questions sur divers événements difficiles traversés au cours de l'existence – passage parfois épineux de l'entretien. Il donne aussi l'occasion de rendre compte d'événements « heureux », comme les mariages ou la naissance des enfants. Mais, d'une part, ces événements ne sont pas nécessairement des souvenirs heureux à la date de l'enquête, à la lumière de situations douloureuses qui les ont éventuellement suivis (divorces ou séparations conjugales, graves conflits à l'intérieur de la famille, décès d'un conjoint ou d'un enfant, etc.). D'autre part, le module biographique est nettement tourné vers le recueil de ce qui a pu, dans le parcours, se présenter comme des événements difficiles et ne favorise donc pas la légèreté de ton.

Le module qui suit porte sur les violences subies au cours des vingt-quatre derniers mois (période de référence récente pour faciliter la remémoration, comme dans les enquêtes de victimation traditionnelles). Cinq types de violences sont détaillés : vols (et tentatives de vols), cambriolages et dégradations de biens, d'une part ; violences verbales, physiques, sexuelles et psychologiques, d'autre part. Pour chacun de ces actes, il s'agit de repérer la fréquence des faits, leurs conséquences immédiates et leur contexte de survenue, ainsi que d'appréhender la nature de la réaction de la victime. Pour respecter la logique de la progressivité, les questions qui portent sur les violences sexuelles (attouchements, tentatives de rapports sexuels forcés ou rapports sexuels forcés), présumées comme ayant toujours été vécues comme graves, arrivent tard dans le déroulement du questionnaire. Ce sont pourtant les violences psychologiques (et non les violences sexuelles) qui ont été placées à la toute fin de ce module, pour éviter que les personnes interrogées ne se sentent « prises au piège », comme nous l'avons expliqué ci-dessus.

Un module presque identique, tant du point de vue des types de violences couverts que des formulations, interroge ensuite les violences éventuellement subies avant les deux années précédant l'enquête. Il fait donc appel à des souvenirs plus lointains. Parce que les reconstructions liées à la mémoire ne permettent pas de détailler les faits avec autant de fiabilité qu'à propos des événements récents, ce questionnement se contente de « balayer » les atteintes violentes auxquelles la personne a pu être soumise, en s'efforçant néanmoins de les dater, ne serait-ce qu'en les inscrivant dans l'une des trois grandes périodes de la vie désignée comme « l'enfance » (de la naissance à l'âge de 9 ans), « l'adolescence » (entre 10 et 19 ans) ou « l'âge adulte » (à 20 ans ou plus tard).

Hormis les questions sur les violences subies, une question en particulier a retenu l'attention des enquêteurs lors de la préparation de l'enquête, parce qu'ils la redoutaient *a priori* et trouvaient, une fois qu'ils l'avaient posée, qu'elle tombait toujours « au mauvais endroit », « au mauvais moment » : demander à la personne interrogée si elle a déjà réalisé une ou des tentatives de suicide, sur le cours entier de sa vie, peut en effet être perçu comme un propos qui ne trouve jamais de « bonne place » dans un questionnaire, quelles que soient les modalités de celui-ci (en face à face ou non). Cette question est celle dont l'emplacement pressenti, dans les étapes de préparation du questionnaire, a le plus varié. Initialement intégrée au module santé, de manière cohérente avec le fait que les concepteurs de l'enquête envisageaient de traiter les réponses à cette question comme des informations en matière de santé mentale, après plusieurs hypothèses ou tests lui conférant une place provisoire, elle a été placée dans la partie du questionnaire qui recueille l'existence de situations ou d'événements difficiles survenus dans l'entourage proche du répondant. Précisément, c'est après avoir évoqué l'existence possible de tentatives de suicide au sein de la famille ou parmi les proches qu'il est demandé : « Et vous-même, avez-vous fait une tentative de suicide ? » Les enquêteurs ont activement participé à déterminer ce choix et, dans la passation du questionnaire, en ont trouvé leur travail allégé.

De manière générale, quand les enquêtés ont pu se trouver brutalement interpelés, les enquêteurs ont noté que la bonne volonté ne disparaissait pas. Très peu d'entretiens se sont terminés avant qu'aient été posées l'intégralité des questions.

Le questionnaire auto-administré par ordinateur avec interface audio

Au cours de la décennie précédant l'enquête EVS, l'exploration des données sur la consommation de drogues illicites a été essentiellement mise en chantier par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ou l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), grâce à des enquêtes téléphoniques (Baromètre santé) ou auto-administrées sur papier telles que l'European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) ou l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD).

Le fait d'interroger en face à face les enquêtés sur leurs pratiques délictueuses soulevait un problème pour la statistique publique, qui avait peu investi ce domaine. D'emblée, les déclarations de consommation, actuelle ou passée, de drogues illicites, devaient figurer dans un protocole d'interrogation auto-administré car, d'un point de vue juridique, cette méthode de collecte évitait aux enquêteurs d'avoir à entendre la révélation de pratiques à propos desquelles pouvait se poser la question de savoir s'il fallait en informer le procureur de la République (article 40 alinéa 2 du Code de procédure pénale, cf. infra).

Au-delà du problème juridique ou judiciaire posé par la déclaration de crimes et délits, le recours à un questionnaire auto-administré plutôt qu'à un entretien en face à face se justifiait sur le plan méthodologique. Plusieurs des sujets abordés dans l'enquête sont en effet susceptibles de donner lieu à des sous-déclarations : il peut s'avérer difficile de dire, malgré l'anonymat garanti par une enquête statistique, que l'on est l'auteur de comportements en marge de la norme sociale (consommation de substances illicites, pratiques homosexuelles, consommation importante d'alcool, par exemple). De même, comment réussir à parler de certains événements tus jusqu'alors, qui impliquent des relations au sein de sa propre famille et dont le dévoilement pourrait occasionner des suites judiciaires que soi-même l'on n'a pas pu ou voulu engager jusque-là (violences conjugales, intra-familiales, etc.) ?

Le format usuel du questionnaire auto-administré est un document imprimé sur papier, que l'enquêté(e) remplit à côté de l'enquêteur (avec remise sous pli scellé) ou après son départ (avec, dans ce cas, envoi postal dans une « enveloppe T »). Cette méthode de collecte comporte toutefois des limites habituelles et bien connues. D'une part, le taux de perte peut être important : les répondants, même intéressés pendant la partie en face à face de l'enquête, ne prennent pas toujours le temps de poursuivre seuls l'enquête, comme le requièrent à la fois le remplissage de la partie auto-administrée et le fait de poster une enveloppe. Cette déperdition d'effectif entraîne une possible perte de représentativité, par rapport à la population de référence que l'on cherche à connaître. Dans le cas de l'enquête EVS, ces problèmes sont aggravés par le fait que les questions destinées à être auto-administrées ont souvent trait à des comportements rares, voire très rares en population générale. D'autre part, le fait que les enquêtés remplissent eux-mêmes un questionnaire est une source d'erreurs (plusieurs réponses données au lieu d'une demandée, omission de questions, réponses sans objet, etc.). Ces possibles confusions nécessitent des tâches d'apurement parfois lourdes et finalement peu satisfaisantes. Enfin, l'auto-passation exclut les personnes qui ont des difficultés à lire, que ce soit en raison de problèmes d'illettrisme ou de vue.

À l'instar des méthodes utilisées à l'étranger, en particulier aux États-Unis, au Canada ou au Royaume-Uni (Ammentorp *et al.*, 2007 ; MacMillan *et al.*, 2006 ; Walby et Allen, 2004 ; Rogers *et al.*, 1999), les concepteurs de l'enquête EVS se sont donc orientés vers un mode de passation auto-administré par ordinateur avec interface audio (méthode audio-CASI[2]), une première du genre en France[3]. L'hypothèse était que ce mode de collecte peut inviter les répondants à une plus grande sincérité encore qu'un questionnaire papier (voir l'article p. 237 à propos du comportement des répondants sur cette partie du questionnaire).

2. CASI renvoyant à « Computer Assisted Self Interview » (« entretien auto-administré par ordinateur »), par analogie avec CAPI (« Computer Assisted Personal Interview » : « entretien en face à face assisté par ordinateur », nom donné à l'application informatique qui équipe les ordinateurs des enquêteurs de l'INSEE pour collecter les réponses en face à face) et CATI (« Computer Assisted Telephone Interview » : « entretien téléphonique assisté par ordinateur », du nom de l'application informatique utilisée pour des enquêtes telles que le Baromètre santé ou l'ENVEFF, par exemple).

3. Encouragés par l'expérience du questionnaire auto-administré mis au point pour EVS, les concepteurs de l'édition 2007 de l'enquête Cadre de vie et sécurité (enquête de l'Observatoire national de la délinquance réalisée par les enquêteurs de l'INSEE) ont utilisé la même méthode. S'appuyant par ailleurs sur l'exemple du British Crime Survey 2001 (Walby et Allen, 2004), le questionnaire auto-administré de CVS 2007 et des éditions suivantes interroge les enquêtés sur les violences physiques subies de la part d'une personne corésidente et sur les violences sexuelles, quel qu'en soit l'auteur.

La possibilité de placer les questions portant sur les violences dans la partie auto-administrée par ordinateur n'a pas été retenue. En effet, le temps de passation du module « violences » laissait craindre, malgré le caractère très encourageant des tests réalisés, une lassitude et un découragement importants des enquêtés, surtout pour ceux qui n'étaient pas familiers du maniement d'un clavier d'ordinateur, les plus âgés en particulier. En outre, même si les réponses et les filtres sont gérés automatiquement par l'application informatique, les risques d'erreurs se seraient trouvés accrus et les enquêtés beaucoup plus désarçonnés que les enquêteurs par de possibles incidents techniques ; dans des situations analogues, ces derniers connaissent leur « machine » et savent comment la débloquer. Faute de pouvoir placer l'ensemble des questions sur les violences sous un mode auto-administré, le questionnaire auto-administré de l'enquête EVS a intégré des questions complémentaires, de « rattrapage » éventuel des déclarations précédemment recueillies en face à face, sur les attouchements sexuels et les rapports sexuels forcés (voir la description du questionnaire p. 63). Elles sont posées à ceux (celles) qui ont répondu négativement en face à face à la question de savoir si, dans les deux années écoulées ou dans la période antérieure, depuis leur naissance, ils (elles) avaient subi des attouchements, des rapports sexuels forcés (ou tentatives de rapports forcés)[4].

Appliquée à un nombre limité de réponses qui réduit le temps d'auto-passation, cette méthode de collecte minimise ainsi un certain nombre d'écueils tels que la multiplication des problèmes informatiques ou les erreurs de remplissage. L'enchaînement entre l'entretien en face à face et le questionnaire auto-administré, soigneusement géré par les enquêteurs selon des recommandations précises, a par ailleurs permis de limiter à 4% de l'effectif des répondants la perte en termes d'effectif, ce qui constitue un signe d'efficacité certain par rapport aux déperditions observées lorsque le questionnaire est confié à l'enquêté(e) sur papier. La possibilité d'associer du son aux questions posées a aussi pu accroître le nombre de répondants, en facilitant la tâche à ceux dont la lecture est difficile.

Certaines catégories d'enquêtés demeurent toutefois empêchées de répondre : ceux dont la vue est vraiment trop insuffisante pour pouvoir même repérer les touches du clavier utiles à la réponse ; ceux qui ne maîtrisent pas suffisamment le français pour comprendre les questions, seuls face à l'ordinateur, lorsque l'enquêteur n'est plus là pour prêter main forte en apportant des explications complémentaires ou en trouvant des synonymes à certains mots du questionnaire.

Enfin, l'ordinateur pouvant constituer un obstacle technique, l'interface du questionnaire auto-administré a été conçue pour être aussi simple et conviviale que possible : nombre limité de touches, pastille de couleur jaune collée sur une touche permettant de réécouter le fichier son d'une question, consignes claires et répétées sur l'écran et dans le casque audio.

Le choix de cette méthode de collecte répond, au total, à des considérations d'ordre éthique, méthodologique et juridique. Elle garantit d'abord aux enquêtés une plus grande confidentialité par rapport à un entretien en face à face, puisque la divulgation ne passe plus par une autre personne (même si celle-ci est de toute façon tenue au secret et à l'anonymat des déclarants). Pour convaincre les enquêtés de la parfaite confidentialité dans laquelle leurs réponses étaient recueillies, les enquêteurs avaient pour mission de rendre suffisamment ostentatoire le caractère très protégé et secret de la réponse donnée. Par exemple, en cas d'erreur de frappe sur le clavier de la part de l'enquêté(e), l'enquêteur ne devait pas intervenir lui-même sur le clavier mais montrer, à l'aide d'une photocopie figurant un clavier d'ordinateur, comment réaliser le déblocage ou la correction. De même, l'enquêteur devait

4. Pour une analyse des résultats obtenus avec cette méthode de passation, voir la comparaison EVS-CVS, dans l'article p. 99.

expliquer précisément que ce questionnaire se terminait par un système de fermeture qui empêchait toute correction de l'enquêté(e), mais rendait aussi l'accès aux réponses données impossible à l'enquêteur. Aux enquêtés dubitatifs, l'enquêteur pouvait montrer que leurs réponses étaient invisibles à l'écran, une fois qu'ils avaient terminé de remplir la partie auto-administrée[5].

Le protocole de collecte

Outre l'attention portée au questionnaire (contenu et méthode de collecte), il a semblé utile d'aménager globalement des conditions de réalisation favorables à la fois au respect des personnes et au recueil fiable des réponses. Le protocole de collecte s'est, par conséquent, aussi exprimé par la mise en place de dispositifs d'accompagnement particuliers pour les enquêteurs et les enquêtés.

L'annonce de l'enquête

Tout d'abord, la volonté de respecter les enquêtés comme les enquêteurs s'est traduite par le refus de donner à l'enquête un caractère obligatoire, malgré les propositions du Comité du label en ce sens[6]. Du point de vue éthique, obliger des personnes à répondre à un questionnaire qui peut réveiller, pour certaines d'entre elles, de vives douleurs liées à leur parcours de vie, apparaît contestable, même au nom de l'intérêt général que peut servir la connaissance statistique. Et si l'on pousse le raisonnement jusqu'au bout, refuser de rendre l'enquête obligatoire obéit en outre à des motifs méthodologiques. Le fait de présenter une enquête statistique comme obligatoire (par l'enquêteur et la lettre-avis qui l'annonce), qui vise généralement à minimiser les biais liés à la non-réponse, ne semble pas du tout garantir la qualité des données pour une telle enquête. Certes, la non-réponse est numériquement plus limitée – et l'on se rapproche alors d'un échantillon de répondants qui satisfait mieux la représentativité que l'on recherche –, mais on peut penser qu'une partie des réponses données dans de telles conditions peuvent être mensongères ou très déformées. C'est donc, en définitive, aussi en termes d'efficacité et pas seulement pour des raisons morales que donner un caractère obligatoire à EVS pouvait paraître très discutable.

De même, la lettre-avis, courrier envoyé aux personnes pressenties par le tirage au sort comme répondants de l'enquête, ne dévoile pas l'objet central de l'enquête sous les termes explicites de « violence » ou « agression » (encadré). Ce choix s'explique par deux raisons essentielles : la volonté de protéger ceux qui seraient victimes de violences dans la sphère domestique et se verraient menacés par leur(s) agresseur(s) du fait de la simple éventualité qu'ils dénoncent les atteintes dont ils souffrent au sein de leur ménage, à l'occasion de cette enquête statistique rendue visible par un courrier ; l'hypothèse selon laquelle on risque d'in-

5. Le droit de regard et de rectification des enquêtés sur leurs réponses, valide comme pour toutes les enquêtes du même genre pendant quelques semaines auprès de la direction régionale de l'INSEE concernée, ne s'appliquait donc pas aux réponses données dans le questionnaire auto-administré. Seule la partie de l'entretien réalisée en face à face restait accessible aux répondants. Ce n'est qu'une fois le questionnaire dans sa globalité totalement anonymisé que les réponses à l'auto-questionnaire devenaient visibles à nouveau, anonymes et donc par définition non accessibles au regard de leurs auteurs, non accessibles à leurs remords éventuels, par conséquent.

6. Le Comité du label, qui siège au sein du Conseil national de l'information statistique (CNIS), est composé de professionnels de la statistique publique (INSEE notamment), de représentants des partenaires sociaux (syndicats patronaux et de salariés) et de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

troduire un biais méthodologique dans la sélection des enquêtés en affichant explicitement le mot « violences » dans l'annonce de l'entretien à réaliser. En supposant que le statut d'agresseur ou de victime peut, d'ailleurs, autant attirer que faire fuir des répondants potentiels, le biais de recrutement ainsi créé apparaît totalement immaîtrisable, car il est impossible de connaître les raisons (non aléatoires mais totalement opaques) pour lesquelles une partie des personnes ont accepté de répondre à l'enquête.

Enfin, autre précaution qui prévaut dans toute enquête statistique, le protocole d'enquête ne doit pas permettre de conserver des données nominatives ou indirectement nominatives issues des questionnaires au-delà du délai nécessaire à la réalisation pratique et technique de l'enquête et à l'exercice du droit d'accès et de rectification, une obligation surveillée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Mais sur ce point, rien de spécifique ne caractérise l'enquête EVS en particulier.

Encadré

La lettre-avis de l'enquête EVS

Madame, Monsieur,

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé et des Solidarités entreprend une importante étude sur la santé et les conditions de vie des personnes vivant en France, en relation avec les événements qui, au cours de leur vie, ont pu influencer leur état de santé.

La réalisation de cette enquête, « Événements de vie et santé », est confiée à l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Elle a reçu le label d'intérêt général du Conseil national de l'information statistique (visa n° 2005 X714SA).

Un échantillon de logements a été tiré au hasard sur l'ensemble du territoire français. Votre logement est l'un d'entre eux.

Madame / Monsieur…………………………………….., enquêtrice / enquêteur de l'Insee, prendra prochainement contact avec vous. Elle / il sera muni-e d'une carte officielle l'accréditant et pourra répondre aux questions que vous vous posez concernant l'enquête pour laquelle nous vous sollicitons.

La participation de votre foyer à cette étude est fondamentale, car elle détermine la qualité des résultats.

Comme la loi nous en fait la plus stricte obligation, soyez assurés que vos réponses resteront strictement anonymes et confidentielles. Elles serviront uniquement à l'établissement de statistiques.

Nous sommes persuadés que vous aurez à cœur de faciliter la tâche de notre collaboratrice / collaborateur et que vous lui réserverez le meilleur accueil.

D'avance, nous vous remercions de votre participation et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Les enquêteurs face à l'obligation de dénonciation

Comme pour chaque enquête, les enquêteurs ont reçu des consignes à la fois générales et détaillées, permettant d'expliquer certaines options prises dans le questionnaire ou les raisons du questionnement sur tel ou tel sujet. Une grande partie de ces recommandations émises à l'intention des enquêteurs prenaient en compte les difficultés éprouvées par ceux d'entre eux qui avaient participé aux entretiens-tests et s'appuient sur leurs suggestions.

Pour les formations dispensées aux enquêteurs pour se préparer à aborder le terrain de l'enquête, un effort a été fourni pour les sensibiliser aux thèmes abordés et à ce qui, au moment

de la passation du questionnaire, pouvait en particulier poser des problèmes particuliers dans la réalisation de leur travail. Préparer les enquêteurs à savoir comment gérer, tant d'un point de vue humain que professionnel, la « sensibilité » de l'enquête, était un objectif général dont l'un des aspects, de nature juridique, requérait l'appui de professionnels extérieurs à l'organisation classique d'une enquête statistique (voir l'article p. 251).

Si l'enquête EVS ne vise pas à recueillir des événements définis *a priori* comme criminels ou délictueux, une partie des questions portent néanmoins sur des faits qui relèvent de ces catégories juridiques, de manière plus ou moins évidente (pour les rapports sexuels forcés, en particulier). Que doit faire l'enquêteur, lorsqu'un enquêté lui rapporte qu'il a été victime de faits qui sont potentiellement des crimes ou des délits ? Doit-il en informer le procureur de la République, comme l'y oblige l'article 40 du Code de procédure pénale, dont l'alinéa 2 dispose que « toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire, qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit, est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs » ? Même si les enquêteurs de l'INSEE sont rarement fonctionnaires, ils restent concernés par cette obligation. Pour éviter d'éventuelles erreurs d'analyse, ils peuvent néanmoins d'abord rendre compte à leur hiérarchie des faits observés et des suites qui leur paraissent devoir leur être réservées, parmi lesquelles figure l'avis au procureur de la République. Il appartient alors au supérieur hiérarchique d'apprécier si les faits lui paraissent suffisamment établis, afin d'éclairer l'agent sur le bien-fondé de l'avis au procureur de la République. Ce magistrat évalue ensuite l'opportunité des poursuites pénales. L'absence d'avis au procureur n'est assortie d'aucune sanction pénale, ce qui n'exclut pas d'éventuelles sanctions disciplinaires laissées à l'initiative des autorités hiérarchiques ou de tutelle. Ces recommandations figurent ainsi dans le guide des enquêteurs : « Dans tous les cas où, à l'issue d'un entretien, un enquêteur formule des doutes et se trouve confronté à un dilemme moral (que faire pour aider une personne qui a pu, par ses déclarations, lancer un appel au secours ?), il est très vivement recommandé qu'il n'entame aucune procédure auprès du procureur de la République sans avoir préalablement discuté de l'opportunité d'une telle action avec sa propre hiérarchie. Le bien-fondé de l'avis au procureur sera toujours mieux apprécié après une discussion entre enquêteur, gestionnaire d'enquête[7] et chef de division des enquêtes ménages. En particulier, on peut supposer que dans un cas où un enquêté aurait tenté, en cours d'entretien, de « manipuler » le jugement de l'enquêteur pour pouvoir appuyer ses propres démarches après de la justice et éventuellement faire de l'enquêteur un « témoin » en sa faveur, une discussion entre enquêteur et responsables hiérarchiques de l'INSEE aurait pu aider à démêler les éléments tangibles qui semblent étayer ou au contraire infirmer les déclarations de la « victime ». Si l'enquêteur décide (collectivement) de ne pas alerter le procureur de la République, il n'encourt aucune sanction pénale.

Par ailleurs, selon les magistrats de la Direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la Justice consultés par la DREES, les problèmes sont analogues à ceux qui se posent pour certains médecins ou travailleurs sociaux dans l'exercice de leurs fonctions, eux aussi soumis à un secret professionnel. Les enquêteurs doivent d'abord comprendre qu'ils ne se trouvent pas dans une situation de non-assistance à personne en danger. D'après l'article 223-6 du Code pénal, celle-ci ne s'applique en effet qu'aux situations dans lesquelles l'enquêteur, en tant que citoyen ordinaire, constaterait lui-même, directement, un péril actuel, c'est-à-dire verrait s'accomplir un

7. Les gestionnaires d'enquêtes, au sein des Divisions d'enquêtes auprès des ménages des DR de l'INSEE, encadrent au jour le jour le travail des enquêteurs et partagent avec eux les soucis, matériels et autres, liés à leur activité. Il leur arrive aussi d'accompagner parfois les enquêteurs dans les ménages auprès desquels se fait la collecte des données. Ils étaient donc, quoique moins directement que les enquêteurs, exposés aux difficultés spécifiques à l'enquête : comme confidents quotidiens des enquêteurs rapportant leurs difficultés, plus rarement comme témoins de déclarations douloureuses, en tant que spectateurs occasionnels des entretiens.

crime ou un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne, et contre lequel il devrait mobiliser lui-même ou en faisant appel à des secours extérieurs les moyens de faire cesser ce péril. Quelle que soit l'enquête, chaque fois qu'un enquêteur se trouve dans le domicile des ménages, il est exposé à la possibilité de ce cas de figure.

Entre la non-assistance à personne à danger et le respect du secret professionnel

Reste ensuite à analyser cette obligation de dénonciation au regard du secret statistique dont sont dépositaires et garants les enquêteurs sur le terrain et dont la violation peut être sanctionnée[8], à quelques exceptions près[9]. Là encore, selon les magistrats consultés pour la réalisation d'EVS, les enquêteurs n'ont aucune obligation de dénonciation. En revanche, s'ils le jugent de leur devoir moral, ils ont le droit de dénoncer des faits présumés, à charge ensuite au magistrat de vérifier la teneur de ces déclarations et de trancher pour savoir s'il y a ou non prescription. Si ces allégations s'avèrent infondées – ils ne peuvent pas être accusés de dénonciation calomnieuse, à moins que leur action ait été motivée par la « mauvaise foi » – (ce qui signifie qu'ils auraient signalé des faits tout en connaissant la fausseté de ceux-ci, cas dont on peut difficilement imaginer l'existence) . Quant aux articles 434-1 et 434-3 du Code pénal, relatifs à l'obligation de dénonciation de crimes dans le but d'empêcher ceux-ci ou d'en limiter les conséquences, ils ne créent pas non plus d'obligation absolue de dénonciation pour les enquêteurs, le secret professionnel constituant une exception à cette obligation.

Les mesures d'accompagnement des enquêteurs

Le cahier d'instructions aux enquêteurs explique la conduite à adopter pour que ces derniers ne se sentent pas tenus de remplir un rôle qui n'est pas le leur (« justicier », travailleur social, infirmier, etc.), pour que le secret statistique soit garanti, mais pour préparer aussi la divulgation des situations dont, tout bien pesé, il pourrait apparaître qu'elles nécessitent un secours particulier : « L'essentiel est de comprendre que les enquêteurs, même pour de très légitimes raisons, ne doivent pas s'aventurer sur un terrain qui ne relève pas de leurs compétences professionnelles naturelles. Il ne s'agit donc pas de nier que certaines situations de désarroi social, moral ou physique méritent d'être signalées pour qu'une aide puisse être apportée. Mais le relais ne doit être passé au procureur de la République ou, préalablement, à des travailleurs sociaux, qu'en bonne connaissance de cause, et après réflexion collective. »

8. Article 226-13 du Code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

9. « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

- à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

- au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ;

- aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ».

La dernière recommandation adressée aux enquêteurs réside dans la possibilité, laissée à leur libre choix, de remettre aux enquêtés une liste de numéros de téléphone d'associations d'écoute et de défense[10]. Parmi ces numéros, figure celui d'une ligne téléphonique dédiée à l'enquête EVS, ouverte pour la circonstance aux seuls enquêtés, enquêteurs et gestionnaires d'enquêtes des directions régionales de l'INSEE. Cette ligne a mobilisé pendant six mois des médecins, des juristes, des travailleurs sociaux et des psychologues. Elle répond tant au possible désarroi de certains enquêtés à la suite de l'entretien, à leur demande d'information ou d'orientation vers des interlocuteurs appropriés, qu'aux questions juridico-éthiques qui peuvent se poser aux enquêteurs, en leur offrant la possibilité de « débrouiller » des situations difficiles exposées pendant les entretiens. Pour les enquêteurs, le relais était donc multiple en cas de doute après un entretien : leurs interlocuteurs habituels dans les directions régionales (DR) de l'INSEE (essentiellement les gestionnaires d'enquêtes), la hiérarchie associée (jusqu'au directeur de la DR et ses interlocuteurs à la direction générale de l'INSEE), la DREES et les juristes et autres professionnels spécialisés disponibles au bout du fil.

Enfin, une équipe de psychologues a proposé un dispositif d'accompagnement de leur pratique professionnelle aux enquêteurs et gestionnaires d'enquêtes dans toutes les DR de l'INSEE, pour leur permettre de réaliser l'enquête dans des conditions sereines (voir l'article p. 251).

Conclusion

De la définition des concepts structurants pour l'enquête jusqu'aux réglages très pragmatiques des conditions de la collecte des données, en passant par la construction du questionnaire, la réalisation de l'enquête EVS a donc finalement mis en jeu de nombreux allers-retours entre les hypothèses *a priori*, les premiers retours du terrain éprouvés lors des tests, et la source d'inspiration que pouvait, chaque fois que cela était possible ou utile, fournir l'expérience d'autres enquêtes, françaises ou étrangères. Cette organisation a permis d'aboutir à un dispositif d'enquête s'efforçant à la rigueur et à la cohérence, tant dans ses aspects déontologiques que méthodologiques.

Bibliographie

Ammentorp J., Mette Rasmussen A., Nørgaard B., Kirketerp E., Kofoed P.-E., 2007, « Electronic questionnaires for measuring patient satisfaction and as a basis for quality improvement », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 19, n°2, February, p. 120-124.

MacMillan H. L *et al*., 2006, « Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings », *Journal of the American Medical Association*, vol. 296, p.530-536.

Rogers S.M., Gribble J.N., Turner C.F., Miller H.G., 1999, « Entretiens auto-administrés sur ordinateur et mesure des comportements sensibles », *Population*, 54 (2), p. 231-250.

Walby S., Allen J., 2004, *Domestic Violence, sexual assault and stalking : Findings from the British Crime Survey*, Home Office Research Study 276, March, 132 p.

10. Évitant d'être trop visible, pour éviter la mise en danger de personnes victimes de violences qui auraient par exemple besoin de cacher à leur entourage qu'elles ont reçu un enquêteur de l'INSEE, cette liste de numéros de téléphone constitue un simple document (demi-format A4) imprimé sur papier libre en noir et blanc. Y figurent des numéros concernant aussi bien les questions que peuvent avoir à poser des victimes de violences pour leur information ou leur défense que des numéros de prévention plus générale, en matière de problèmes sanitaires et sociaux (tabac, alcool, état de santé,

Annexe 1

Le questionnaire de l'enquête EVS

Le tableau de composition du ménage (TCM)

Entrée en matière habituelle des enquêtes réalisées en France dans le cadre de la statistique publique, le TCM permet de dresser la liste des personnes résidant dans le logement (« ménage » au sens de l'INSEE) et de recueillir des données sur leur date et lieu de naissance, leur statut matrimonial (marié-e, divorcé-e, veuf-ve, célibataire, vie en couple ou non, que le conjoint habite ou non dans le logement), les liens familiaux ou autres entre les personnes qui résident ensemble. Il recense également le lieu d'habitation, les caractéristiques du logement, le statut d'occupation, le type d'habitat, etc. Le TCM permet en outre de recueillir des données plus larges sur les caractéristiques socioculturelles et socio-économiques des personnes âgées de 15 ans ou plus résidant dans un ménage donné (situation par rapport à l'emploi, catégorie socioprofessionnelle, lien à la migration, niveau de diplôme, nature des revenus et niveau de revenu de l'ensemble du ménage).

Une fois ces informations recueillies, la personne qui doit répondre au questionnaire à proprement parler est tirée au sort parmi la population éligible (les 18-75 ans, sans autre spécification, pour EVS).

L'entretien en face à face

• **Le module « santé »** recueille des informations sur :
- la santé perçue ;
- les maladies chroniques ;
- les limitations ou handicaps sur la vie entière, avec une possible datation de tous ces événements ou états de santé ;
- les consommations médicales des douze derniers mois (notamment médicaments anti-douleur, anxiolytiques, antidépresseurs et hypnotiques consommés) ;
- les hospitalisations, recours aux urgences, arrêts de travail, incapacités totales de travail (ITT) ;
- la traumatologie (entorses, fractures, plaies ouvertes, avec lien éventuellement établi avec des « disputes, bagarres ou agressions » sur les douze derniers mois) ;
- la consommation de tabac ;
- la qualité du sommeil.

Deux questionnaires standardisés sont inclus dans le module santé : le SF-12v2 et le Mini international neuropsychiatric interview (MINI) à travers ses modules « épisode dépressif majeur », « épisode dépressif majeur récurrent » et « trouble anxieux généralisé », ainsi qu'avec trois questions filtres de repérage des troubles paniques, de l'agoraphobie et de la phobie sociale (voir l'encadré sur l'usage des questionnaires standardisés de santé, p. 46).

• **Le module biographique** aborde :
- le contexte et le climat familial et conjugal ;
- les événements difficiles vécus à travers les membres de la famille et les proches : les décès, maladies graves, suicides et tentatives de suicide, alcoolisme ou usage de drogues illicites dans la famille, violences entre les parents, graves conflits entre soi et ses parents, périodes de chômage des parents, privations matérielles graves, sentiment d'aisance ou de difficulté financière, personnes à charge, etc. ;
- les tentatives de suicide de l'enquêté(e) lui(elle)-même ;
- la densité du réseau social et la fréquence des rencontres avec des membres de la famille ou des proches, ainsi que la nature de l'aide éventuellement reçue de cet entourage ou apportée à celui-ci ;
- les situations dans lesquelles il a pu arriver que l'enquêté(e) « crie très fort, dise des insultes, des injures lorsqu'il (elle) était en colère », « donne une tape ou une fessée à un enfant », « une gifle à un enfant », a « giflé ou frappé une personne adulte », dans les douze mois tout juste écoulés.

etc.).

Même s'il n'était pas question de reproduire le questionnaire « violences subies » par un questionnaire qui aurait fort ressemblé au contenu d'une enquête de délinquance auto-reportée, il apparaissait important de disposer de quelques éléments d'information à propos de l'agressivité agie (à défaut de savoir si l'enquêté(e) est véritablement auteur de violences lui-même).

• **Le module « violences subies au cours des vingt-quatre mois précédant l'enquête »** s'applique à cette période de référence récente pour faciliter la remémoration précise, comme dans les enquêtes de victimation « traditionnelles » (pour le texte littéral des questions, voir l'article, p. 69). Cinq types de violence sont identifiés :
- atteintes aux biens : vols et tentatives de vols, cambriolages, dégradations de biens ;
- violences verbales : insultes, injures, cris, menaces verbales ;
- violences physiques : gifles, coups et autres brutalités physiques :
- violences à caractère sexuel : exhibitionnisme, contacts physiques contraints (comme être embrassé(e) de force), attouchements à caractère sexuels, tentatives de rapports sexuels forcés, rapports sexuels forcés ;
- violences psychologiques : être dénigré(e) dans ses idées, son apparence physique, sur ce que l'on fait ; se voir empêché(e) de parler avec qui l'on veut, de rencontrer librement des amis, des connaissances, des membres de sa famille ; être questionné(e) pour rendre compte de ses déplacements et de ses fréquentations (dire où l'on était, avec qui l'on était) ; se heurter à un total refus de discussion ; se voir imposer des façons de s'habiller, de se coiffer, de se comporter ; recevoir des appels téléphoniques malveillants (y compris si personne ne parlait) ou des lettres malveillantes ; voir des proches menacés, ou être menacé(e) d'être séparé(e) d'eux.

Sur chaque type de violence, à partir du moment où la personne interrogée a indiqué que l'événement ou le dernier événement en cause avait entraîné pour elle des dommages matériels, physiques, psychologiques ou professionnels importants, ou un dommage (temporaire ou durable) pour sa santé, le questionnement se poursuit, pour explorer plus en détail les circonstances, les conséquences des faits, ainsi que les réactions de la victime à ceux-ci.

• **Le module « violences subies avant les vingt-quatre mois précédant l'enquête »** reprend, pour l'essentiel et de manière moins détaillée, le questionnaire du module précédent, appliqué cette fois à toute la durée de vie écoulée avant les deux dernières années. Les dégradations de biens, le fait d'être victime d'un exhibitionniste ou les contacts physiques contraints (hors attouchements, tentatives de rapports sexuels forcés et rapports sexuels forcés, qui sont pour leur part réinterrogés) n'apparaissent plus dans ce module. De même, les vols et cambriolages ne sont repérés que s'ils sont survenus après les 18 ans du répondant.

• **Le module conclusif** de l'entretien en face à face comprend quelques questions plus ouvertes, permettant à l'enquêté(e), s'il (elle) le souhaite, de s'exprimer plus librement sur des événements qu'il (elle) a jugés particulièrement graves à l'échelle de sa vie, qu'il s'agisse de faits déjà rapportés au cours de l'entretien précédent ou non. Le répondant indique également s'il a reçu de l'aide, pour faire face aux difficultés qu'il estime avoir rencontrées : de qui, de quoi, sous quelle forme ?

Une question d'intérêt méthodologique est aussi posée à la toute fin de cette partie en face à face : « Pensez-vous que vous auriez répondu de la même manière à cet ensemble de questions sur les violences à un enquêteur qui vous aurait appelé(e) par téléphone ? » Si la réponse est négative, le répondant doit en expliquer les raisons.

Le questionnaire auto-administré par ordinateur avec interface audio (Computer assisted self-interview – audio-CASI).

Ce mode de collecte, utilisé pour la première fois en France, est destiné au recueil d'informations touchant des sujets sensibles.

• **Le module « comportements sexuels »**, première partie de cet auto-questionnaire innovant, comporte des questions sur : l'âge au premier rapport sexuel, le nombre et le sexe des partenaires sexuels au cours

de la vie, les pratiques contraceptives, les désaccords éventuels avec le conjoint sur celles-ci, la pilule du lendemain (pour soi ou sa partenaire), les interruptions volontaires de grossesse, les risques pris lors de rapports sexuels, les tests de dépistage du sida, le contexte ayant décidé de la réalisation de ce test, la sérologie concernant le VIH.

• **Le module « consommation d'alcool »** porte sur la consommation de boissons alcoolisées au cours de la vie, avec une description détaillée de celles-ci pour les douze derniers mois, grâce à la combinaison du test AUDIT et du test DETA (voir l'encadré sur l'utilisation de ces questionnaires standardisés, p. 46 et l'article sur l'influence du mode de collecte p. 261).

• **Le module « consommation de drogues illicites »** aborde la consommation de cannabis au cours de la vie avec, en cas de réponse positive, l'âge du premier usage, la fréquence de l'usage dans les périodes de consommation, la consommation au cours des douze mois et des trente jours juste écoulés. Tous les répondants, consommateurs ou non de cannabis, sont interrogés sur leur usage d'autres substances : « Avez-vous déjà pris une autre drogue, comme par exemple de la cocaïne, des amphétamines, de l'ecstasy, de l'héroïne ou d'autres drogues ? » En cas de réponse positive à cette question-filtre, pour chaque substance consommée (cocaïne, amphétamines, ecstasy, champignons hallucinogènes, poppers, héroïne, LSD ou acide, autre drogue), est incluse une question sur l'âge au premier usage.

• Enfin, des questions de « rattrapage » sont posées à ceux qui ont répondu négativement, en face à face, à propos des **attouchements et rapports sexuels forcés** : « L'enquêteur vous a interrogé(e) au sujet de situations que vous avez peut-être vécues et dont il n'est pas toujours facile de parler. Si maintenant vous le souhaitez, vous pouvez répondre à la question suivante : au cours de votre vie, avez-vous subi des attouchements ou des rapports sexuels forcés ? » En cas de réponse positive, cette question est suivie de celle-ci : « Cela s'est-il produit au moins une fois depuis [date de l'entretien – 24 mois] ? » Cette question permet, le cas échéant, de réimputer des réponses positives, là où les enquêtés (pour les vingt-quatre derniers mois) avaient répondu négativement aux questions posées en face à face par l'enquêteur.

L'enquêteur ne pouvait prendre connaissance des réponses ni en direct, ni à l'issue de l'entretien, du fait du verrouillage des réponses dans son ordinateur portable (verrouillage levé seulement par les informaticiens lorsque, en aval de l'enquête, les fichiers sont anonymisés).

Annexe 2

Plan de sondage, échantillonnage et pondération[1]

Base de sondage

L'échantillon principal de l'enquête Événements de vie et santé (EVS) a été tiré par l'INSEE dans l'échantillon-maître issu des données du recensement de la population de 1999 (RP99) et dans la base de sondage des logements neufs (BSLN), une extension ayant également été constituée dans la base de sondage spécifique aux zones urbaines sensibles (ZUS). C'est l'une des dernières enquêtes réalisées par l'INSEE dont l'échantillon a été ainsi constitué, puisque le recensement en continu, alors tout récemment mis en place, n'était pas encore disponible.

Les données qui forment la source de l'échantillon sont donc des adresses physiques, fondées sur les « fiches-adresses » établies par les agents recenseurs. Comme dans toute enquête qui procède ainsi, il n'est jamais possible de présumer de l'identité (et donc du nombre, des caractéristiques de sexe, d'âge, etc.) des habitants des logements enquêtés puisque, entre la date de rédaction de la fiche-adresse et la date de collecte d'une enquête donnée, des personnes recensées dans un logement ont pu déménager, partir en institution ou décéder, et le logement lui-même a pu disparaître ou avoir reçu un autre usage (transformation d'un logement en local professionnel). Plus la fiche-adresse est ancienne, plus le risque de déperdition est grand, du fait de ces changements.

L'un des principes fondamentaux de l'enquête était de recruter les répondants de manière totalement aléatoire : cette règle, qui vaut comme garantie de qualité de toute enquête statistique, est d'autant plus précieuse dans une enquête sur les violences. Il est en effet nécessaire d'éviter toute interférence entre le thème de l'enquête et l'adhésion ou le refus des personnes sollicitées pour y répondre et de ne pas recruter ou repousser a priori des personnes qui auraient un quelconque « rapport » avec le sujet, en tant que victimes ou qu'agresseurs par exemple – le problème étant que ce « rapport » est impossible à connaître dans ses mécanismes, au détriment de la bonne estimation *ex post* de la représentativité de l'enquête réalisée.

De ce principe, découle un plan de sondage relativement simple : un échantillon de logements est tiré selon des méthodes usuelles des enquêtes auprès des ménages ordinaires, et l'enquête est réalisée dès qu'une personne éligible (correspondant au champ de l'enquête, c'est-à-dire âgée de 18 à 75 ans) y est présente et n'oppose pas de refus à l'enquêteur ou l'enquêtrice.

Construction de l'échantillon

D'autres spécifications (minimes) ont été ajoutées, principalement pour prendre en compte l'analyse des caractéristiques par sexe et âge des habitants des logements enquêtés de la dernière édition disponible de l'enquête Emploi de l'INSEE, ainsi que des impératifs ou hypothèses propres à l'enquête.

1 • Surreprésenter, parmi les fiches-adresses tirées, les logements de 4 pièces et plus, par rapport aux logements de 1 à 3 pièces, dans un facteur de 1 à 2. Trois raisons expliquaient ce choix. Tout d'abord, le souhait d'augmenter la probabilité de trouver au moins un individu situé dans le champ de l'enquête, dans les logements échantillonnés. Surreprésenter les grands logements était également motivé par la volonté de tendre vers une égalisation des probabilités individuelles de tirage, entre individus résidant en ménages isolés et individus résidant en ménages plus nombreux : sans effort particulier, en effet, les personnes isolées se trouvent de fait surreprésentées puisque, dès que leur âge leur permet de participer à l'enquête, leur probabilité de tirage est de 100 %. En accroissant la part des plus grands logements au sein de l'échantillon, plus probablement habités par plusieurs personnes, l'enquête se donnait la possibilité, espérait-on, de mieux explorer la dimension des violences perpétrées dans la sphère domestique.

1. Pour toute information technique complémentaire sur ces aspects, la documentation incluse dans le dictionnaire des variables de l'enquête est disponible à qui souhaite la consulter.

La troisième raison incitant à suréchantillonner les plus grands logements était de disposer d'un nombre suffisant d'entretiens avec des personnes âgées de 18 à 25 ans. Faute de pouvoir réaliser avec l'ordinateur portable des enquêteurs un tirage non équiprobable entre les différentes tranches d'âge pour surreprésenter ces populations dans l'échantillon de l'enquête (pour des raisons d'incommodité des prises de rendez-vous, ensuite), disposer de davantage d'adresses de logements de 5 pièces et plus laissait aussi espérer que les jeunes enquêtés auraient plus de chances d'être tirés au sort. Souvent moins présents à leur domicile, répondant donc moins souvent aux enquêtes que les plus âgés, les plus jeunes présentaient ici un intérêt particulier, puisque l'un des résultats les plus réguliers des enquêtes portant sur les violences les fait apparaître comme particulièrement exposés. Le risque de biais de recrutement que pouvait induire cette surreprésentation des grands logements, en termes de catégories socioprofessionnelles, a été contrôlé (toujours sur la foi de l'enquête Emploi) et ne semblait pas majeur.

2 • Sous-représenter les logements secondaires, occasionnels et vacants dans le rural (en n'en retenant qu'un sur quatre dans la base de sondage) : le but visé était de minimiser les pertes au sein des fiches-adresses tirées – cette manière de faire est assez courante dans des enquêtes comparables.

3 • La Délégation interministérielle à la Ville (DIV) a financé le tirage d'un suréchantillonnage en ZUS (base de sondage spécifique), pour interroger environ 1 000 personnes résidant dans ces zones (en comptant les entretiens réalisés par ce biais et ceux que l'échantillon-maître permet également de réaliser en ZUS). Cet objectif quantitatif a été atteint et donne une plus grande marge de manœuvre pour réaliser des exploitations statistiques satisfaisantes sur les populations résidant en ZUS.

4 • Constituer deux échantillons de réserve de 2 500 fiches-adresses chacun. Première enquête de cette taille réalisée au domicile des répondants en France sur le sujet sensible des violences subies, l'enquête EVS aborde aussi d'autres thèmes qui pouvaient rendre la prise de contact avec les enquêtés ou le déroulement des entretiens difficiles. Malgré le caractère encourageant des entretiens-tests, on pouvait craindre que l'objectif des 10 000 entretiens ne soit pas atteint ce qui, pour analyser les situations de victimation les plus rares (violences physiques ou sexuelles sur une période de deux ans, en particulier), aurait rendu les effectifs insuffisants pour mener des exploitations statistiques pertinentes. Si la collecte, suivie pas à pas, avait indiqué de telles difficultés, les échantillons de réserve auraient pu être « déclenchés », l'un puis éventuellement l'autre, mais cela n'a pas été nécessaire.

Taux de réussite de l'enquête

L'objectif de réaliser 10 000 entretiens a été atteint : 9 953 femmes et hommes de 18 à 75 ans (résidant dans des ménages ordinaires comptant au total 25 726 individus) ont été interrogés en face à face (modules santé, parcours biographique, violences survenues au cours des 24 mois précédant l'enquête, violences antérieurement subies, module conclusif ouvert) ; 9 538 d'entre eux ont aussi répondu au questionnaire auto-administré par ordinateur avec interface audio (mis en place pour poser des questions sur les comportements sexuels, la consommation d'alcool et de drogues illicites). À part quelques entretiens réalisés en Corse, l'enquête a été réalisée en France métropolitaine.

Au total, ces entretiens proviennent du tirage réalisé, toutes bases de sondage confondues (échantillon-maître RP99, BSLN, échantillon-maître ZUS), de 18 515 fiches-adresses, soit un taux de réalisation de 54 % si l'on ne décompte pas les fiches-adresses « perdues d'avance » (disparition des logements, ménages en totalité hors-champ, absents de longue durée, etc.) ; si l'on en tient compte et qu'on limite les pertes qui auraient pu être évitées aux refus directement essuyés par les enquêteurs, le taux de réussite de l'enquête est de 73 %.

Pondération

Le tableau de composition du ménage (TCM) de l'enquête EVS constituait une formule alors assez nouvelle pour l'INSEE. Il se distingue, par certaines de ses variables, de celui de l'enquête Emploi : en particulier, il

ne recueille pas les caractéristiques des répondants de la même manière (par exemple : liens entre les personnes, définition de la « personne de référence », etc.).

Le calage sur marges qui a été effectué pour rendre les enquêtés « représentatifs » des 18-75 ans résidant en France en ménage ordinaire, avec la méthode Calmar fournie par l'INSEE[2], est un calage simultané « individus-ménages »[3] où l'on a cherché, globalement, à traduire la structure par sexe, âge et quelques autres caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés, en se fondant sur l'enquête Emploi en continu (EEC) de 2005.

Les variables retenues pour effectuer le calage sont les suivantes :

- structure des ménages dans lesquels l'enquête EVS interroge un répondant, du point de vue : de l'âge et du sexe (croisés) de l'ensemble des individus de ces ménages, du nombre d'habitants du ménage, de leur nationalité, de leur état matrimonial légal, de leur situation principale par rapport au travail, du diplôme le plus élevé qu'ils ont obtenu ;
- âge et sexe (croisés) du répondant à l'enquête EVS, pondérés selon le nombre de personnes éligibles à l'enquête dans le ménage pour tenir compte de la probabilité de tirage du répondant au sein du ménage ;
- localisation des logements enquêtés en zones urbaines sensibles (ZUS), taille de l'unité urbaine, zone d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT).

---

2. Sautory O., « La macro CALMAR. Redressement d'un échantillon par calage sur marges », *Document de travail*, INSEE, Direction des statistiques démographiques et sociales, n° F9310, 25 novembre 1993, 53 p. Consultable en ligne : http://insee.fr/fr/methodes/outils/calmar/doccalmar.pdf

3. Crenner E., « Une expérience de calage sur marges dans une enquête Conditions de vie. Calmar simultané ménages-individus-kish sur l'enquête PCV », *Document de travail*, Direction des statistiques démographiques et sociales, INSEE, n° F9804, juillet 1998, 39 p.

Partie 2

Profils et comportements des personnes qui subissent des violences

Panorama des violences subies et des personnes qui s'en déclarent victimes*

Catherine CAVALIN

Près d'une personne sur deux déclare avoir subi au moins un acte violent au cours des deux années précédant l'enquête Événements de vie et santé (EVS), réalisée en 2005-2006. Les violences verbales, très fréquentes, touchent près d'une personne sur cinq. Les jeunes apparaissent davantage exposés aux violences interpersonnelles de toutes natures, et les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie entière.

Certains types de violences sont très fréquemment répétés : les violences physiques le sont près d'une fois sur deux et les violences sexuelles plus de quatre fois sur dix au cours des deux ans précédant l'enquête. Les femmes déclarent plus souvent que les hommes avoir supporté des dommages importants dans les domaines matériel, professionnel, psychologique ou physique ainsi que pour leur santé, à la suite des violences subies dans les deux dernières années.
L'auteur des faits de violence ayant entraîné de tels préjudices est le plus souvent un homme seul, connu de la victime, faisant partie de sa famille ou de ses proches dans plus d'un quart des cas.

* Cet article reprend en grande partie une étude déjà publiée : Cavalin C., 2007, « Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé », *Études et résultats*, DREES, n° 598, septembre.

Réalisée au milieu des années 2000, l'enquête Événements de vie et santé (EVS) entend contribuer à la connaissance des situations dans lesquelles sont exercées des atteintes violentes sur les biens ou sur les personnes. Il existe en France d'autres enquêtes statistiques sur des sujets connexes ou des champs de population spécifiques (voir l'article p. 17) : l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF, 2000), les enquêtes de victimation (Cadre de vie et sécurité : CVS 2007, réalisée un an après EVS, en particulier), le Baromètre santé (2005, pour la dernière édition) ou l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF, 2005-2006). Mais ces enquêtes statistiques, qui diffèrent par leurs approches et les méthodes employées, n'ont pas le même objet central et n'obtiennent donc pas des résultats tout à fait identiques.

Nous présentons ici les résultats de l'enquête EVS relatifs aux types de violences subies, aux caractéristiques des personnes qui les ont déclarées et aux conséquences de ces violences sur les personnes. Cette étude s'appuie sur l'exploitation de questions relatives aux violences subies au cours des deux ans précédant l'enquête mais aussi, pour certaines violences, avant cette période de référence, durant la vie entière des personnes interrogées (encadré 1).

Encadré 1

Méthodologie de l'étude

Définition : il faut entendre ici par « violences » ce que cette notion recouvre dans toute l'enquête EVS (voir l'article p. 35) : une situation d'atteinte à l'intégrité d'une personne, du fait d'une ou plusieurs autres personnes, qu'il s'agisse de la dégradation ou du vol d'un bien matériel appartenant à la victime ou de violences verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques directement perpétrées à son encontre. Rien ne présume de l'intentionnalité des actes en cause ni de leur gravité « objective » (si tant est que celle-ci puisse être objectivement décrite, sinon éventuellement par une qualification en termes juridiques ou judiciaires). Sont ici entendues comme violences « interpersonnelles » les violences verbales, physiques, sexuelles, psychologiques, par différence avec les « atteintes aux biens » (vols et tentatives de vols, cambriolages, dégradations de biens).

Les **questions principalement traitées** ici sont extraites de la partie du questionnaire qui détaille, lors du face-à-face avec l'enquêteur, les événements violents subis par l'enquêté au cours des deux ans précédant l'enquête, notamment pour connaître le lien qui unit (ou unissait) la personne victime à celle qui l'a agressée. Le libellé exact de ces questions se trouve dans le tableau 1. Seules les atteintes physiques (gifles, coups, autres brutalités physiques) et sexuelles (de type attouchements, rapports sexuels forcés ou tentatives) ont été étudiées dans ce texte sur une période antérieure aux deux dernières années avant l'enquête, autrement dit sur la vie entière de la personne interrogée. Cette étude mobilise également des questions de « rattrapage » qui ont été posées dans le questionnaire auto-administré par ordinateur à propos des attouchements sexuels, des rapports sexuels forcés et des tentatives de rapports forcés.

La présente **analyse** recourt fréquemment à des régressions logistiques. Ce type de raisonnement paraît en effet nécessaire pour démêler les différents effets de structure qui se conjuguent et mettre en évidence un « profil » des victimes de violences.

Les violences verbales sont très fréquentes

Au total, près de la moitié des personnes interrogées en 2005-2006 dans l'enquête EVS déclarent avoir subi au moins un acte de violence. Les types de violences repérés par l'enquête couvrent un large éventail. Parmi les violences interpersonnelles, les violences verbales sont très fréquentes : 18 % des personnes interrogées déclarent avoir été exposées à des insultes, des cris,

des menaces verbales ou des injures au cours des deux années précédant l'enquête (tableau 1). À l'opposé, les violences à caractère sexuel qui se rapportent aux attouchements sexuels et aux rapports sexuels forcés (ou tentatives) sont plus rares : 0,4 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré en avoir été victimes[1]. Les atteintes physiques à caractère non sexuel (coups et tentatives de coups) concernent pour leur part 3 % des personnes enquêtées. Parmi elles, 1 % a été confronté à des tentatives de coups et 2 % ont effectivement reçu des coups.

S'agissant des violences psychologiques, plus d'une personne sur dix a déclaré avoir subi des dénigrements et critiques injustes et répétés ou avoir reçu des courriers ou appels téléphoniques malveillants. Il est plus rare qu'une personne voie ses proches menacés ou qu'elle soit elle-même menacée d'être séparée d'eux, qu'on lui impose des manières de se coiffer, de s'habiller ou de se comporter en général, qu'on l'empêche de rencontrer ou parler librement à certaines personnes de son entourage : chacun de ces faits a été signalé par environ 2 % de la population interrogée.

Outre les violences interpersonnelles, on trouve une fréquence élevée de ce que la police et la justice classent parmi les « atteintes aux biens ». Ce résultat confirme ce que l'on sait déjà par les enquêtes de victimation, dont ces phénomènes constituent un objet privilégié. Au total, 22 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont subi au moins une fois une de ces atteintes au cours des deux années précédant l'enquête : 12 % ont été volées ou victimes d'une tentative de vol, 4 % ont été cambriolées (au sens d'une intrusion au domicile, qu'il y ait ou non eu vol) et 10 % ont subi la dégradation ou la destruction d'un bien leur appartenant (en dehors des cas de vol ou de cambriolage avec dégradation), au moins une fois[2].

Caractéristiques des victimes de violences interpersonnelles

Les cambriolages, courriers ou appels téléphoniques malveillants semblent davantage associés à un logement ou un ménage qu'à des caractéristiques individuelles. En revanche, la probabilité de déclarer des violences interpersonnelles, qui s'exercent directement de personne à personne, varie fortement en fonction de l'âge, du sexe, de la situation familiale, du lieu de résidence et de la situation socioprofessionnelle.

Être jeune augmente l'exposition aux violences interpersonnelles

« Toutes choses égales par ailleurs »[3], les personnes de 18 à 29 ans déclarent plus que leurs aînées avoir subi des violences interpersonnelles au cours des deux années précédant l'enquête. Par rapport à une personne de 30 à 54 ans, la probabilité de déclarer avoir subi des violences

1. Lors de l'entretien en face à face, 0,3% des personnes ont déclaré avoir subi des violences de ce type dans les deux dernières années précédant l'enquête. L'ajout des réponses obtenues dans un second temps dans le questionnaire auto-administré par des questions de « rattrapage » sur ces sujets sensibles, porte ce taux à 0,4%. Cet écart indique évidemment les limites d'une interrogation en face à face pour un tel sujet (voir l'article p. 53).

2. Une même personne peut avoir subi plusieurs de ces situations (vols ou tentatives de vols, cambriolages, dégradations de biens) : elle peut par exemple avoir été volée et cambriolée. C'est ce qui explique que la somme de l'effectif des victimes des trois atteintes prises séparément (12%+4%+10%) soit supérieure à la part de personnes victimes « au moins une fois » d'« au moins un de ces événements » (22% des enquêtés). Le résultat « 22% » tient compte des doubles comptes pour ne pas comptabiliser plusieurs fois ceux qui ont déclaré avoir vécu au moins deux types d'atteintes aux biens.

3. Pour cette analyse, la situation de référence est celle d'un homme de 30 à 54 ans, résidant dans une grande agglomération mais pas en zone urbaine sensible, sans lien direct avec la migration (autrement dit ni immigré lui-même, ni enfant de parents étrangers à la naissance nés à l'étranger), vivant dans un ménage composé d'un couple avec enfant(s), actif occupé et détenteur d'un CAP, d'un BEP ou d'un diplôme de même niveau. Dans la suite du texte, c'est à cette situation de référence que renverra l'expression « toutes choses égales par ailleurs ».

physiques est ainsi multipliée par 3,3. La surexposition des plus jeunes est également très visible en matière de violences verbales et de violences sexuelles (exhibitionnisme, contacts physiques contraints[4]).

Quand on interroge les personnes sur leur vie entière (et pas seulement sur les deux dernières années), il apparaît aussi que la première atteinte physique ou sexuelle a fréquemment été subie avant l'âge adulte : quel que soit leur âge, une proportion importante des personnes ayant déclaré la survenue des violences de ce type avant les deux ans précédant l'enquête signalent que la première occurrence de ces faits s'est produite dans l'enfance (avant l'âge de 10 ans) ou à l'adolescence (entre 11 et 19 ans). Ainsi, parmi les individus ayant subi des violences physiques avant les deux dernières années, 41 % ont vécu ces faits au moins une fois dans l'enfance et 58 % à l'adolescence. Ces proportions sont de respectivement 31 % et 48 % pour les personnes rapportant des attouchements, des rapports sexuels forcés (ou tentatives).

Les femmes déclarent plus de violences sexuelles

Pour les violences sexuelles, l'analyse a été effectuée sur les faits déclarés au cours de la vie entière, période pour laquelle les effectifs de victimes, plus nombreux que pour les seules deux dernières années, permettent une analyse statistique plus robuste. Sur cette période et à l'exception des deux années précédant l'enquête, 7 % des 18-75 ans rapportent avoir subi des attouchements sexuels, des rapports sexuels forcés ou des tentatives de rapports forcés (11 % des femmes et 3 % des hommes), cet écart étant confirmé par une analyse « toutes choses égales par ailleurs ». Au cours des deux ans précédant l'enquête, les femmes ont également plus de risques d'affronter des scènes d'exhibitionnisme, des situations où elles se trouvent menacées d'être séparées de leurs proches ou bien où leurs proches se trouvent menacés. En revanche, elles subissent moins de vols, de tentatives de vols, de violences physiques ou de refus de discussion de la part d'un tiers (tableau 1).

Une exposition différente aux violences selon la composition du ménage et la situation socioprofessionnelle

Au cours des deux années précédant l'enquête, les personnes âgées de 18 à 75 ans vivant dans des familles monoparentales[5] sont, « toutes choses égales par ailleurs », plus souvent victimes de violences verbales, de contacts physiques contraints, d'exhibitionnisme ou de violences psychologiques[6]. Par ailleurs, le fait de vivre seul(e) va de pair avec une exposition plus forte aux vols et tentatives de vols, aux violences physiques et aux contacts physiques contraints.

Les personnes au chômage et les inactifs ayant déjà travaillé présentent aussi, par rapport aux actifs occupés, un risque accru de déclarer avoir subi des violences verbales, des dénigrements et critiques injustes. « Toutes choses égales par ailleurs », les chômeurs déclarent également plus souvent que les actifs occupés avoir subi des atteintes physiques, des vols, des tentatives de vols et des dégradations de biens, et semblent plus exposés à des contrôles et des questions intrusives sur leurs fréquentations et leurs déplacements, à des menaces touchant leurs proches et à des situations où une personne les empêche de parler à des proches ou les empêche de les rencontrer librement.

---

4. Les attouchements, tentatives de rapports sexuels forcés et rapports sexuels forcés subis au cours des deux dernières années ont ici été exclus de l'analyse, faute d'effectifs suffisants pour cette courte période.

5. Sont ici définis comme « familles monoparentales » les ménages dans lesquels cohabitent exclusivement un parent (père ou mère ne vivant pas en couple, pas même avec une personne résidant ailleurs) et son ou ses enfants, âgé(s) de 0 à 24 ans inclus.

6. Toutes catégories d'atteintes de cette nature prises en compte dans le questionnaire d'EVS (voir dans le tableau 1 les sept questions correspondantes), à l'exception des situations dans lesquelles les personnes ont vu exercer des contraintes sur leur comportement.

TABLEAU 1

Violences déclarées par les personnes âgées de 18 à 75 ans au cours des deux ans précédant l'enquête (en %)

Questions relatives aux violences subies dans les deux ans précédant l'entretien	Hommes				Femmes				Ensemble des 18-75 ans
	18 à 29 ans	30 à 54 ans	55 à 75 ans	Total	18 à 29 ans	30 à 54 ans	55 à 75 ans	Total	
Violences verbales Avez-vous été insulté(e), a-t-on proféré à votre encontre des cris, des menaces verbales, des injures, etc. ?	31	17	10	18	28	19	8	18	**18**
Violences physiques Vous a-t-on giflé(e), frappé(e), a-t-on exercé d'autres brutalités physiques contre vous ou a-t-on tenté de le faire ?	11	3	0	4	6	3	1	3	**3**
Violences sexuelles Est-il arrivé que quelqu'un exhibe devant vous ses organes sexuels ou se déshabille devant vous contre votre volonté ?	2	1	0	1	3	1	1	2	**1**
Quelqu'un a-t-il cherché à vous embrasser contre votre gré ou à vous imposer un contact physique ?	4	1	0	1	4	1	0	2	**2**
Est-ce que quelqu'un vous a forcé(e) à subir ou à faire des attouchements sexuels, a essayé ou est parvenu à avoir avec vous un rapport sexuel contre votre gré ?	0,2	0,4	0,3	0,3	0,7	0,5	0,2	0,4	**0,4**
Violences psychologiques Est-il arrivé que quelqu'un émette à votre propos des critiques injustes, répétées, c'est-à-dire dénigre ou dévalorise votre apparence physique, votre tenue vestimentaire, vos idées, ce que vous avez fait, etc ?	15	11	5	10	16	12	5	11	**11**
Est-il arrivé que quelqu'un vous empêche de parler avec des amis, des connaissances ou des membres de votre famille ou vous empêche de les rencontrer ?	4	1	1	1	4	2	1	2	**2**
Est-il arrivé que quelqu'un vous impose des façons de vous habiller, de vous coiffer ou de vous comporter ?	5	2	1	3	5	2	1	2	**2**
Est-il arrivé que quelqu'un exige de savoir où et avec qui vous étiez à un autre moment ou cherche à contrôler vos fréquentations ou vos déplacements ?	16	4	1	6	12	4	1	5	**5**
Est-il arrivé que quelqu'un refuse totalement de discuter avec vous ?	12	8	4	8	9	6	4	6	**7**
Vous est-il arrivé(e) de recevoir des appels téléphoniques malveillants, y compris si personne ne parlait, ou des lettres malveillantes?	9	9	10	9	17	12	13	13	**11**
Est-il arrivé que quelqu'un menace de s'en prendre à une (ou des) personnes qui vous est (sont) proche(s) ou menace de vous séparer d'elle(s) ?	4	3	1	3	6	4	2	4	**3**
Vols, cambriolages et dégradations de biens A-t-on volé ou tenté de voler un bien vous appartenant ? Il peut s'agir de vol, avec ou sans menace, et en dehors des cambriolages.	24	13	8	14	17	11	6	10	**12**
Avez-vous subi un cambriolage ? Il y a cambriolage dans tous les cas où des personnes se sont introduites chez vous dans votre logement ou votre jardin, même sans rien voler.	5	4	5	5	4	3	3	3	**4**
A-t-on dégradé ou détruit un bien appartenant à votre ménage (en dehors des cas de cambriolages ou vols avec dégradations) ?	13	11	6	10	11	10	5	9	**10**

Lecture • 31 % des hommes de 18 à 29 ans ont déclaré avoir subi des insultes, cris, menaces verbales, etc. au cours des deux années précédant l'enquête.

Champ • Personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Enfin, la relation entre violences subies et lien des personnes à la migration n'apparaît significative que pour un très petit nombre de violences subies, « toutes choses égales par ailleurs ». Les immigrés[7] ont une probabilité plus forte d'avoir subi des vols et tentatives de vols, de même que des situations où ils se sont trouvés empêchés de parler librement avec des proches ou de les rencontrer, alors qu'ils se déclarent à l'inverse significativement moins exposés aux violences verbales. Les descendants d'immigrés[8], pour leur part, déclarent plus fréquemment des violences verbales, des dénigrements et des contraintes à leur encontre[9].

Les habitants des communes rurales se déclarent moins souvent victimes d'actes violents

Au-delà des caractéristiques individuelles, vivre dans une grande ville ou dans une zone urbaine sensible (ZUS) expose-t-il davantage à la violence ? Si les habitants des ZUS, plus jeunes que ceux des autres zones, déclarent davantage de violences que les autres au cours des deux années précédant l'enquête, ces écarts ne résistent pas à une analyse réalisée à caractéristiques données : « toutes choses égales par ailleurs », résider en ZUS n'a pas d'impact sur la probabilité de déclarer subir des violences physiques, verbales ou sexuelles. Le seul type de violence pour lequel résider en ZUS apparaît comme un facteur significatif de surexposition est d'ordre psychologique et a trait aux comportements contraints, consistant par exemple à se voir imposer des façons de se coiffer, de s'habiller ou de se comporter plus généralement.

Les habitants des communes rurales déclarent moins fréquemment que l'ensemble des 18-75 ans avoir subi des violences au cours des deux années antérieures à l'enquête. Après une analyse « toutes choses égales par ailleurs », c'est en matière de vols et tentatives de vols, de dégradations de biens ou de violences verbales qu'ils sont significativement protégés, comparativement aux habitants des agglomérations de 50 000 habitants ou plus.

Le cumul des violences

Il existe plusieurs manières, pour une même personne, de cumuler les situations dans lesquelles elle s'est trouvée victime de violences. Il est par exemple possible d'avoir subi à plusieurs reprises, au cours des deux années précédant l'enquête, des violences de même type (par exemple des violences physiques) ou de types distincts (par exemple, des violences verbales et des violences physiques). Mais la victimation peut aussi être multiple parce qu'elle prend place à différents moments de la vie, plus espacés dans le temps. Enfin, des types de violences différents peuvent être perpétrés en même temps : être volé(e), insulté(e) et frappé(e) en même temps, par exemple.

Dans les deux années précédant l'enquête, cette association de plusieurs violences simultanées varie beaucoup selon le type de violences subies, permettant de mieux comprendre la réalité concrète des situations rapportées par les victimes, même s'il reste impossible de déterminer quelle violence a déclenché les autres ou a été suivie des autres. Les violences physiques sont ainsi, dans 70 % des cas, accompagnées de violences verbales, alors que seules 6 % des victimes de vols (et tentatives de vols), de cambriolages et de dégradations de biens, agressions très majoritairement perpétrées en l'absence de la victime, sont touchées simultanément par d'autres violences.

---

7. Personnes nées étrangères à l'étranger, devenues françaises ou ayant une nationalité étrangère à la date de l'enquête.

8. Personnes nées en France de parents nés à l'étranger et de nationalité étrangère à la naissance.

9. Toujours « toutes choses égales par ailleurs », par rapport aux personnes n'ayant aucun lien direct avec la migration (c'est-à-dire ni immigré français, ni immigré étranger, ni né en France de parents nés à l'étranger et de nationalité autre que française à leur naissance).

Certaines violences interpersonnelles se répètent très souvent

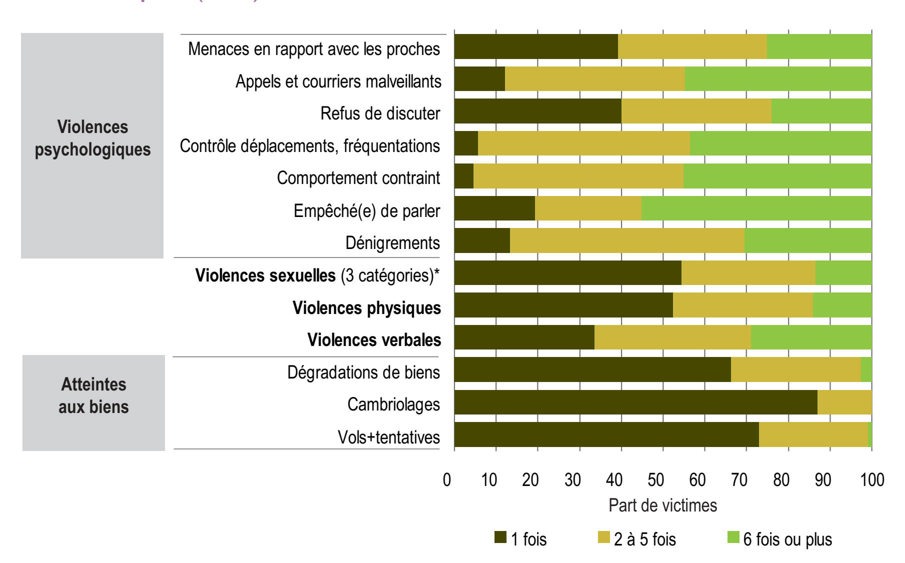
Plus de 40 % des personnes ayant déclaré avoir vu un exhibitionniste, avoir subi des contacts physiques contraints, des attouchements, des tentatives de rapports sexuels forcés ou des rapports sexuels forcés au cours des deux dernières années indiquent que ces faits se sont répétés au moins deux fois (graphique 1). Parmi elles, une personne sur dix déclare que ces événements se sont reproduits au moins six fois durant cette courte période. Près d'une fois sur deux, les violences physiques sont elles aussi récurrentes (de deux à cinq fois pour un tiers des victimes, six fois ou plus pour 14 % d'entre elles). 51 % des femmes et 48 % des hommes victimes de violences physiques ont subi de tels actes plusieurs fois dans les deux dernières années.

En matière de violences psychologiques ou de violences verbales, c'est la répétition qui est la norme. Deux tiers des personnes qui signalent des insultes, cris, menaces, ou injures ont été confrontées au moins deux fois à ce type de violences et 30 % d'entre elles l'ont été au moins six fois au cours des deux dernières années. La plupart des autres catégories de violences psychologiques sont également récurrentes pour une grande majorité des personnes qui rapportent en avoir été victimes.

Les atteintes aux biens se répètent plus rarement : un quart des personnes ayant subi un vol ou une tentative de vol déclarent avoir subi au moins deux fois une atteinte à leurs biens en deux ans et c'est le cas de 13 % de ceux qui ont déclaré un cambriolage et d'un tiers de ceux qui ont fait état d'une dégradation de biens.

GRAPHIQUE 1

Cumul des faits de violences par catégorie au cours des deux années précédant l'enquête (en %)



* Les trois catégories de violences à caractère sexuel (exhibitionnisme, contacts physiques contraints, attouchements, tentatives de rapports sexuels forcés et rapports sexuels forcés) sont ici regroupées, de façon à permettre de raisonner sur des effectifs de victimes plus pertinents.

Remarque : Les atteintes aux biens (vols et tentatives de vols, cambriolages, dégradations de biens) se distinguent des violences interpersonnelles (violences verbales, physiques, sexuelles, morales et psychologiques).

Lecture • Parmi les personnes déclarant avoir été victimes de violences verbales (insultes, injures, cris ou menaces verbales) au cours des 24 mois précédant l'enquête EVS, 34% l'ont été à une reprise, 37% entre deux et cinq fois et 29% six fois ou plus.

Champ • Victimes de violences, âgées de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Aux violences physiques et sexuelles, s'ajoutent souvent d'autres types de violences

Si l'on examine à présent l'exposition à plusieurs types de violences, on constate que 18 % des personnes interrogées déclarent avoir subi différents types de violences au cours de cette même période. Pour les 30 % de personnes qui déclarent n'avoir subi qu'un seul type de violences, il s'agit en général de violences psychologiques (dans 41 % des cas) ou d'atteintes aux biens (dans 38 % des cas).

À l'inverse, 93 % des personnes ayant subi des coups ou tentatives de coups (atteintes physiques hors violences sexuelles) ont également déclaré d'autres types de violence, dans des proportions bien supérieures à celles que l'on observe pour l'ensemble de la population (tableau 2). 18 % d'entre elles ont aussi signalé au moins un acte de violence sexuelle (exhibitionnisme, contacts physiques contraints, attouchements, rapports ou tentatives de rapports sexuels forcés) au cours des deux années précédant l'enquête. Leur exposition aux violences verbales, psychologiques et aux atteintes aux biens apparaît également très élevée.

De même, avoir vu un exhibitionniste, avoir subi des contacts physiques contraints, des attouchements, des rapports sexuels forcés (ou tentatives) est très largement associé à la déclaration de violences d'un autre type : interrogées sur la période des deux ans précédant l'enquête, 59 % des personnes ayant subi de telles atteintes à caractère sexuel déclarent avoir également subi des violences psychologiques et 50 % d'entre elles des violences verbales.

Tableau 2

Cumul de violences de différents types au cours des deux années précédant l'enquête (en %)

Personnes ayant déclaré....	... aucun autre type de violence	... au moins une atteinte aux biens	... au moins une violence verbale	... au moins une violence physique	... au moins une violence sexuelle	... au moins une violence psychologique
... au moins une atteinte aux biens (vols et tentatives de vols, cambriolage, dégradation de biens)	51		26	6	5	37
... au moins une violence verbale (insultes, injures, cris, menaces verbales)	30	32		13	8	53
... au moins une violence physique (coups et tentatives de coups)	7	39	72		18	67
... au moins une violence sexuelle (exhibitionnisme, contacts physiques contraints, attouchements, tentatives et rapports sexuels forcés)	7	39	50	21		59
... au moins une violence psychologique	47	30	35	8	6	
Ensemble	52	22	18	3	3	27

Lecture • Parmi les personnes ayant déclaré au moins une atteinte aux biens, 51 % n'ont déclaré aucun autre fait de violence, 26 % ont également déclaré avoir subi des violences verbales. 52% des 18-75 ans n'ont subi aucune violence dans les deux ans précédant l'enquête EVS.

Champ • Personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Des dommages plus ou moins fréquents, selon les types de violences

Le questionnaire de l'enquête EVS contient des questions relatives aux conséquences des violences subies : « Au total, diriez-vous que cette affaire vous a causé : un dommage matériel plutôt important, plutôt faible ou aucun dommage ? » Cette question est également déclinée à propos des dommages professionnels, physiques et psychologiques. Est également abordée

la survenue d'un dommage temporaire, durable ou nul pour la santé des personnes interrogées. Pour chaque type de violences, ces questions sont posées à propos du dernier événement violent survenu au cours des deux ans précédant l'enquête.

Si la quasi-totalité des victimes de vols (ou tentatives), cambriolages ou dégradations de biens déclarent des dommages, en revanche, moins de la moitié des personnes qui rapportent avoir été victimes de violences interpersonnelles considèrent que celles-ci ont entraîné pour elles des dommages.

Le premier de ces deux résultats illustre le fait que, lors d'une atteinte dirigée contre les biens appartenant à une personne, celle-ci est amenée, de façon presque mécanique, à rapporter avoir subi des dommages de nature matérielle. Cela ne signifie pas pour autant que les conséquences soient toujours graves, mais elles sont immédiates et, par définition même, matérielles.

Pour expliquer le second résultat, deux hypothèses peuvent être avancées. Premièrement, dans un questionnaire tel que celui d'EVS, rien ne préjuge de la gravité des actes endurés, lesquels sont simplement décrits de manière factuelle. Les réponses positives aux questions sur les violences subies recouvrent donc, logiquement, des événements extrêmement divers, notamment par leur degré de gravité. On peut même supposer que c'est particulièrement vrai pour certains types de violences comme les insultes, injures, cris ou menaces verbales, qui sont précisément les actes violents les plus fréquemment déclarés. À cela s'ajoute que, au cours des deux années écoulées juste avant la date de l'enquête, les victimes des violences sexuelles, atteintes présumées les plus graves (attouchements, rapports sexuels forcés ou tentatives), sont peu nombreuses : en conséquence, il est évidemment impossible de conclure que les violences sexuelles (toutes confondues) des deux ans précédant l'enquête n'entraînent pas de dommages pour leurs victimes. La robustesse statistique d'une telle conclusion serait largement sujette à caution, comme tend d'ailleurs à l'indiquer l'analyse des corrélations entre l'état de santé des personnes et les violences sexuelles subies sur la durée entière de la vie (avec par conséquent des effectifs de victimes beaucoup plus nombreux)[10].

Les femmes déclarent davantage de dommages à la suite de violences physiques

En outre, parmi les personnes ayant vécu des événements violents, les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à faire état d'au moins un dommage important ou d'un dommage pour leur santé (tableau 3). Cet écart est particulièrement élevé dans le cas des violences physiques : seuls 10 % des hommes victimes de violences physiques déclarent que celles-ci ont entraîné pour eux au moins un dommage important ou un dommage pour

TABLEAU 3

Proportion de personnes déclarant au moins un dommage important à la suite des violences subies (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Atteintes aux biens	42	48	45
Violences verbales	17	32	25
Violences physiques	10	47	26
Violences à caractère sexuel	9	19	14
Violences psychologiques	14	24	21

Lecture • 42 % des hommes ayant subi une atteinte aux biens déclarent que celle-ci a entraîné au moins un dommage professionnel, matériel, psychologique ou physique important ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé.

Champ • Personnes âgées de 18 à 75 ans, résidant en France en ménage ordinaire et victimes dans les vingt-quatre mois écoulés d'au moins un type de violences.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES 2005-2006.

10. Les corrélations constatées entre état de santé (mentale, en particulier) et le fait d'avoir été victime de violences sexuelles au cours de sa vie (et donc pas seulement sur les vingt-quatre mois tout juste écoulés) sont importantes (ex. : tentatives de suicide). Et dans ce cas les corrélations peuvent être établies sur des effectifs de victimes beaucoup plus robustes statistiquement (voir l'article p. 171).

leur santé, contre 47 % des femmes qui s'en déclarent victimes. Même si les hommes, en situation d'enquête, peuvent être plus réticents à se reconnaître victimes[11], déclarer des dommages est néanmoins un indicateur du degré de gravité de la violence subie. Selon cet indicateur, les violences déclarées par les femmes auraient donc de plus lourdes conséquences.

Des dommages psychologiques fréquents

Les personnes qui estiment avoir enduré un dommage, même faible, soulignent les conséquences psychologiques des situations d'agression, pour les hommes comme pour les femmes. Parmi ces victimes, en effet, plus de la moitié se disent concernées par un impact psychologique (« important » ou « faible »), y compris celles qui ont été touchées par des atteintes aux biens[12] – ce qui montre que ces dernières ont des répercussions bien plus larges que la simple sphère matérielle. 33 % de ces personnes indiquent un dommage psychologique important à la suite d'une violence psychologique. Elles sont aussi nombreuses à faire une déclaration similaire après avoir fait l'objet de cris, d'insultes, d'injures ou de menaces verbales et c'est le cas de presque 40 % de celles qui ont été confrontées à des violences physiques, à une scène d'exhibitionnisme ou à des contacts physiques non désirés (tableau 4).

Tableau 4

Nature et degré des dommages subis par les victimes ayant ressenti au moins un type de dommage faible (en %)

	Atteintes aux biens	Violences verbales	Violences physiques	Exhibitionnisme, contacts physiques contraints	Violences psychologiques
Dommage matériel					
important	39	3	8	0	2
faible	55	5	16	2	5
nul	6	92	76	98	93
Dommage professionnel					
important	7	5	2	0	7
faible	7	10	10	4	10
nul	86	85	88	96	83
Dommage psychologique					
important	20	34	38	39	33
faible	33	57	39	59	61
nul	47	9	23	2	6
Dommage physique					
important	2	6	16	1	2
faible	2	9	42	9	4
nul	96	85	42	90	94
Dommage pour la santé					
durable	2	8	10	3	7
temporaire	6	22	23	19	19
nul	92	70	67	78	74

Lecture • 39 % des victimes de vols, tentatives de vols, cambriolages ou dégradations de biens ayant ressenti au moins un dommage faible sur les plans matériel, psychologique, physique ou professionnel ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé évaluent le dommage matériel comme important.

Champ • Personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire et déclarant pour les vingt-quatre mois écoulés au moins un fait de violence subi ayant entraîné des dommages.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

11. Cette hypothèse repose notamment, dans cette enquête, sur quelques arguments tirés de l'exploitation du comportement des répondants aux questions posées sur les agressions sexuelles. Voir l'article p. 17.

12. Nous ne nous prononçons pas ici sur les attouchements sexuels, rapports sexuels forcés et tentatives de rapports sexuels forcés, qui ont été exclus du tableau 4, faute d'effectifs pour l'analyse de deux années seulement.

Les dommages déclarés sont importants quand la victime connaissait l'auteur des violences

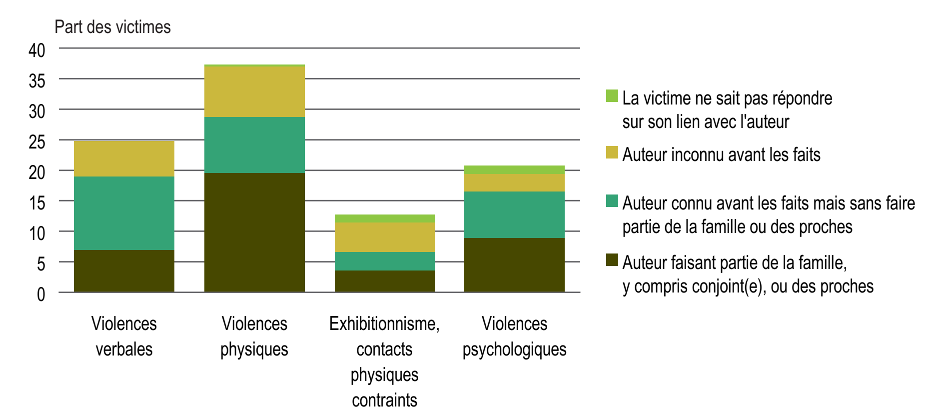
Les personnes ayant déclaré au moins un dommage important consécutif à des faits de violence subis, en majorité des femmes, sont également amenées à décrire les circonstances de l'événement, et en particulier la nature du lien qui les unissait à l'auteur des faits au moment où ceux-ci se sont produits.

Les violences interpersonnelles mettent très fréquemment en relation une victime et un auteur qui se connaissent : c'est le cas plus d'une fois sur deux pour l'exhibitionnisme et les contacts physiques imposés et huit fois sur dix en matière de violences verbales, physiques et psychologiques (graphique 2). Le lien est même souvent très étroit : il s'agit d'un membre de la famille (y compris le conjoint) ou d'un proche[13] de la victime plus d'une fois sur quatre en cas d'exhibitionnisme ou contacts physiques contraints et plus d'une fois sur deux pour les violences physiques.

En outre, toujours parmi ceux qui déclarent au moins un dommage important consécutif à une violence, les personnes ayant subi des violences physiques ou verbales répétées au cours des deux dernières années déclarent plus souvent que celles qui n'en ont subi qu'une fois connaître l'auteur du dernier de ces faits. Lorsque des violences physiques ont été subies une seule fois, 64 % des victimes en connaissent l'auteur et 39 % déclarent que celui-ci est un membre de leur famille ou un proche. Lorsqu'elles sont survenues plusieurs fois, ces taux s'élèvent à respectivement 97 % et 73 %. Lorsque les violences verbales ont eu lieu une fois dans les deux dernières années, 71 % des personnes qui les ont subies en connaissaient l'auteur et, dans 18 % des cas, celui-ci faisait partie de leur famille ou de leurs proches ; en cas de violences verbales répétées, 79 %

Graphique 2

Lien entre victime et auteur des violences interpersonnelles ayant entraîné au moins un dommage important (en %)



Lecture • 25 % des victimes de violences verbales survenues au cours des deux ans avant l'enquête estiment que celles-ci ont entraîné au moins un dommage important ou un dommage pour leur santé : 7 % des victimes déclarent que l'auteur des dernières violences verbales subies faisait partie de leur famille ou de leurs proches au moment des faits, 12 % qu'ils connaissaient cet auteur sans qu'il fasse partie de leur famille ou de leurs proches et 6% qu'ils ne le connaissaient pas.

Champ • Personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire et déclarant déclarant avoir été victimes de violences verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

13. Un proche est défini dans l'enquête comme une personne avec qui l'enquêté(e) entretient (ou entretenait) des liens de confiance ou d'amitié, sans que cette personne soit nécessairement membre de sa famille.

des victimes connaissaient leur agresseur et 33 % d'entre elles ont indiqué que c'était quelqu'un de familier ou un proche.

Le questionnaire se limitant à la description détaillée du dernier fait, rien ne permet d'attribuer à un même auteur l'ensemble des faits déclarés : à un environnement violent au sein de la famille ou des proches, peut être associée une exposition importante à la violence du fait d'autres auteurs. Autrement dit, il existe probablement des contextes de vie dans lesquels une personne est exposée de manière répétée à un agresseur parce que celui-ci vit avec elle ou la rencontre souvent dans la sphère privée (violences conjugales et intra-familiales au premier chef) ; cette exposition répétée peut aussi être liée à la fréquentation régulière de lieux où peuvent s'exercer fréquemment des violences. Ces deux types d'exposition à des agresseurs potentiels peuvent également souvent se cumuler.

L'auteur de violences interpersonnelles entraînant des dommages importants est très souvent un homme qui agit seul

Toujours parmi les personnes ayant déclaré au moins un dommage important[14] lié aux violences subies, la plupart d'entre elles, en majorité des femmes, quel que soit le type de fait subi, déclarent que l'auteur a agi seul. 25 % des personnes ayant subi des violences verbales entraînant des dommages importants déclarent que ces violences ont été perpétrées par plusieurs personnes. Cette proportion s'élève à 21 % en matière de violences psychologiques et 15 % en matière de violences physiques.

Les auteurs de violences physiques et sexuelles ayant entraîné des dommages importants sont très majoritairement des hommes, selon les personnes qui rapportent avoir subi ces violences. Cela se constate dans 77 % des cas pour les violences physiques et dans 94 % pour les violences sexuelles (tableau 5). Pour les violences verbales d'un côté, psychologiques de l'autre, la part des hommes exerçant seuls des violences – et des agresseurs masculins plus largement – est plus réduite.

Tableau 5

Sexe de l'auteur des violences ayant entraîné au moins un dommage important ou un dommage pour la santé (en %)

	Violences verbales	Violences physiques	Violences à caractère sexuel	Violences psycho-logiques
D'après la victime l'auteur est…				
… un homme seul	55	77	94	45
… une femme seule	21	8	6	34
… plusieurs hommes	10	13	0	4
… plusieurs femmes	2	0	0	3
… des hommes et des femmes	12	2	0	13
Ensemble	100	100	100	100

Lecture • 55 % des personnes ayant subi des violences verbales ayant entraîné au moins un dommage important ou un dommage pour la santé ont déclaré que l'auteur de ces violences était un homme seul.

Champ • Victimes, âgées de 18 à 75 ans et résidant en France en ménage ordinaire, de violences verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques au cours des deux années précédant EVS et déclarant au moins un dommage important ou un dommage pour leur santé à la suite des violences subies.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Conclusion

La description des violences dont se sont déclarés victimes les répondants à l'enquête EVS ainsi que la mise en évidence des caractéristiques de ceux-ci viennent nourrir un ensemble de résultats plus large et cohérent, auquel l'ENVEFF en 2000 et les enquêtes CVS depuis 2007 ont

14. Rappel : un dommage matériel, physique, psychologique ou professionnel déclaré comme important par l'enquêté(e), ou encore un dommage estimé par lui (elle) comme temporaire ou durable pour sa santé.

aussi apporté ou continuent d'apporter leur contribution. Caractère très nettement répété des atteintes lorsque l'on s'intéresse aux violences interpersonnelles, faisceau convergent d'indices mettant en évidence que cette répétition est souvent liée à des agressions provenant de membres de la famille, de conjoints ou de proches, gravité des conséquences causées par les atteintes pour les femmes, relativement aux hommes, etc. Ces trois sources s'accordent à établir des conclusions en ce sens, avec des questionnaires et des outils différents.

Différente des enquêtes de victimation dans ses objectifs centraux, incluant par conséquent la mesure objective de violences subjectivement ressenties qui peuvent être d'ordre psychologique (au-delà des atteintes matérielles, verbales, physiques ou sexuelles), l'enquête EVS fait également apparaître la nature psychologique des dommages induits par les agressions comme un dénominateur commun de la victimation, tous types d'atteintes confondus. Ses résultats, *a posteriori*, viennent redonner sens et contenu à la définition des violences qu'EVS partageait *a priori* avec l'ENVEFF : si celles-ci semblent bien pouvoir être définies comme atteintes à l'intégrité de la personne, c'est qu'il faut entendre « intégrité » bien au-delà des seules limites physiques des personnes et de leurs possessions matérielles.

En complément de cette analyse, l'étude des relations entre violences et santé dans cet ouvrage permet d'approfondir la connaissance de l'état de santé (mentale, tout particulièrement) des personnes exposées aux violences (voir l'article p. 171).

Bibliographie

Bauer A., (sous la dir. de), 2009, *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance (OND) 2009*, CNRS Éditions, 710 p.

Djider Z., Vanovermeir S., 2007, « Des insultes aux coups : hommes et femmes inégaux face à la violence », *INSEE Première*, n° 1124, mars.

Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A., 2003, *Les violences envers les femmes en France*. *Une enquête nationale*, La Documentation française, 370 p.

Krug E.-G., Dahlberg L.-L., Mercy J.-A., Zwi A., Lozano-Ascensio R., 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Organisation mondiale de la santé, Genève, XXII-282-[89] p.

Van Dijk J., 2009, « Approcher la vérité en matière de délinquance. La comparaison des données d'enquêtes en population générale avec les statistiques de police sur la délinquance enregistrée », *Assessing Deviance, Crime and Prevention in Europe*, *projet CRIMPREV, Action de coordination du 6e PCRD*, Commission européenne, mai, 62 p. (avec traduction en anglais : « Approximating the Truth about Crime. Comparing crime data based on general population surveys with police figures of recorded crimes », 55 p.).

La parole des victimes après un événement violent

Sévane ANANIAN

L'enquête Événements de vie et santé (EVS) permet d'étudier les réactions des personnes qui déclarent avoir subi une violence dans les deux ans précédant l'enquête, après la survenue de cet événement. Deux tiers des victimes de violences psychologiques ou verbales et plus de la moitié des victimes de violences physiques ou sexuelles confient ce qui s'est passé à au moins deux personnes. Les victimes d'atteintes physiques ou sexuelles qui parlent des faits le font souvent plus tardivement, 12 % révélant l'événement après plusieurs mois.

La parole des victimes apparaît en partie liée aux circonstances de l'événement : en particulier, celles qui ont subi des violences à leur domicile attendent plus souvent quelques jours voire plusieurs mois avant de révéler les faits, alors que celles qui les ont subies dans un autre lieu ont plus tendance à en parler dans les heures qui suivent.

Les interlocuteurs choisis pour se livrer varient selon les faits, leurs circonstances et les caractéristiques des victimes. Quand il s'agit de violences physiques ou sexuelles et quand les violences ont été exercées au domicile des victimes, ces dernières se confient moins souvent à leurs conjoints, ce qui laisse supposer qu'une partie des événements en cause mettent en jeu des violences au sein de la relation de couple. Les victimes de violences psychologiques ont moins souvent recours aux autorités policières ou judiciaires que les victimes d'autres types de violence. Enfin, les victimes qui taisent les faits ou qui attendent quelques jours avant d'en parler présentent plus fréquemment un trouble anxieux généralisé ou un état dépressif majeur.

L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) [IDUP, 2000] et, plus récemment, l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) [INSERM-INED, 2005-2006] ont mis en évidence le silence des victimes de violences sexuelles sur les événements qu'elles ont vécus. Même si la parole des victimes semble se libérer pour certaines agressions sexuelles entre les enquêtes de 2000 et 2006, seule la moitié des tentatives de rapports sexuels forcés et des rapports sexuels forcés subis au cours de la vie auraient été révélés à une tierce personne par les victimes en 2006[1] (Bajos *et al.*, 2008). Par ailleurs, l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) [INSEE, 2007] montre qu'un quart des victimes de violences physiques ou sexuelles survenues au sein du ménage en 2005 ou 2006 n'ont parlé de cet événement qu'à l'occasion de l'enquête (OND, 2007).

L'enquête Événements de vie et santé (EVS) [DREES, 2005-2006] permet de caractériser les victimes qui révèlent tardivement une violence subie ou qui déclarent dans l'enquête n'en avoir parlé à personne (qui donc, d'une certaine manière, « taisent » une violence subie), et d'identifier les interlocuteurs qu'elles privilégient. Cette étude porte sur les personnes déclarant avoir subi dans les deux ans précédant l'enquête des violences de nature « interpersonnelle » (verbale, psychologique, physique ou sexuelle)[2] qui ont entraîné un dommage physique, matériel, professionnel ou psychologique important, ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé (voir l'encadré p. 90).

Dire ou taire une violence subie

Les victimes de violences physiques ou sexuelles, plus discrètes sur l'événement subi

Selon la nature de l'événement subi, les victimes confient plus ou moins souvent les faits à des tiers. Alors que respectivement 65 % et 68 % des victimes de violences psychologiques et verbales déclarent en avoir parlé à plusieurs personnes (graphique 1), seules 55 % des victimes de violences physiques ou sexuelles l'ont fait. De plus, lorsqu'elle a lieu, la révélation est souvent plus tardive : 12 % des victimes de violences physiques ou sexuelles ont attendu plusieurs mois ou plusieurs années avant de parler de ces faits (graphique 2), contre moins de 5 % des victimes de violences verbales ou de violences psychologiques.

Enfin, certaines personnes ayant subi un événement violent se taisent : 12 % des victimes de violences verbales ou physiques ou sexuelles et 10 % des victimes de violences psychologiques n'ont révélé les faits qu'à l'occasion de l'enquête. À noter que certaines personnes peuvent préférer, lorsqu'elles sont interrogées dans une enquête statistique, continuer à ne pas dévoiler les événements qu'elles ont vécus, même si les efforts réalisés dans les protocoles d'enquête permettent de rendre la parole plus facile, moins douloureuse.

Être victime de violences à son domicile augmente la probabilité de taire les violences subies

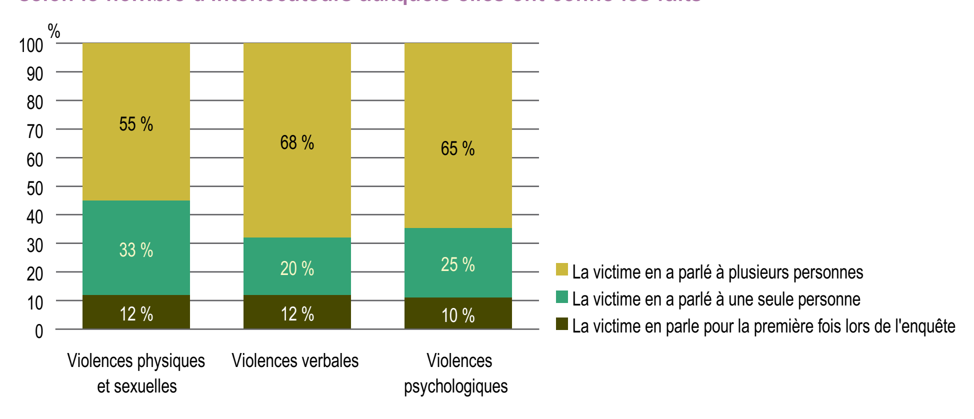
Le profil des victimes qui se taisent après un événement violent – au sens où elles ne le révéleraient qu'à l'occasion de l'enquête – et de celles qui attendent au moins quelques jours pour en parler peut être étudié au moyen de modélisations logistiques. Les résultats obtenus confirment que la parole des victimes n'est que partiellement liée à leurs caractéristiques sociodémographiques et qu'elle dépend aussi de la nature et des circonstances de l'événement.

1. Il s'agit ici des victimes âgées de 18 à 69 ans ; cette proportion est plus élevée parmi les victimes les plus jeunes (Bajos *et al.*, p. 2).

2. En plus des victimes de violences interpersonnelles, l'enquête EVS contient des informations similaires sur les victimes d'atteintes aux biens (vols, cambriolages et dégradations). Ce type de violence n'est pas examiné ici.

GRAPHIQUE 1

Répartition des victimes d'un événement violent ayant entraîné un dommage selon le nombre d'interlocuteurs auxquels elles ont confié les faits



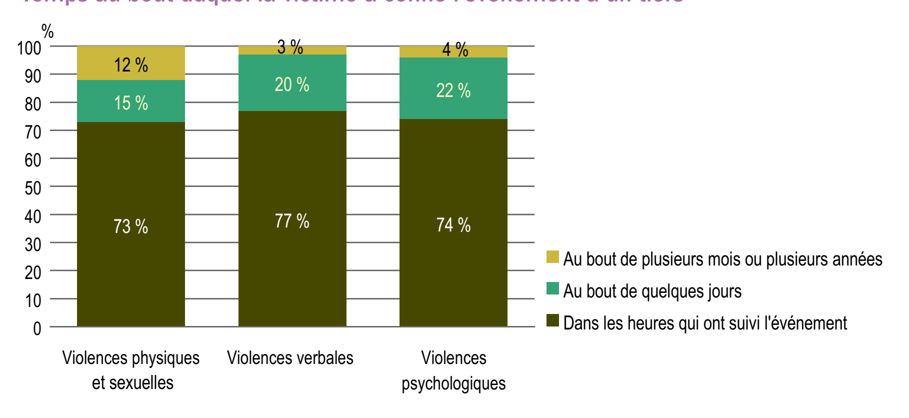
Lecture • 68 % des victimes de violences verbales ayant entraîné un dommage professionnel, matériel, physique ou psychologique important, ou un dommage pour leur santé, ont parlé des faits à plusieurs personnes, 20 % en ont parlé à une seule personne et 12 % ont révélé avoir été victime de violences de cette nature lors de l'enquête.

Champ • Victimes d'une violence interpersonnelle dans les deux ans précédant l'enquête, déclarant que cet événement leur a causé un dommage physique, matériel, professionnel ou psychologique important ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé, et âgé de 18 à 75 ans (1 042 individus, soit 172 victimes de violences physiques et sexuelles, 525 victimes de violences verbales et 671 victimes de violences psychologiques ; un individu peut-être victime de violences de types différents).

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

GRAPHIQUE 2

Temps au bout duquel la victime a confié l'événement à un tiers



Lecture • 77 % des victimes de violences verbales ayant entraîné un dommage professionnel, matériel, physique ou psychologique important ou un dommage pour leur santé et qui ont révélé les faits avant l'entretien de l'enquête, en ont parlé dans les heures qui suivent. 20 % ont attendu quelques jours et 3 % n'en ont parlé qu'au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Champ • Victimes d'une violence interpersonnelle dans les deux ans précédant l'enquête, âgées de 18 à 75 ans, déclarant que cet événement leur a causé un dommage physique, matériel, professionnel ou psychologique important ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé, et qui ont révélé l'événement avant le passage de l'enquêteur, soit, dans l'échantillon: 161 victimes de violences physiques ou sexuelles, 487 victimes de violences verbales et 598 victimes de violences psychologiques.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Par rapport aux victimes de violences verbales, les victimes de violences physiques ou sexuelles passent moins souvent les faits sous silence. En revanche, elles attendent plus souvent quelques jours avant de confier ce qui leur est arrivé que les individus qui ont été insultés ou menacés, sans avoir subi de violence physique ou sexuelle (tableau 1).

Les victimes pour lesquelles le dernier événement violent subi ayant entraîné un dommage s'est produit au domicile ont davantage tendance à taire les faits ou à ne les confier qu'au bout de quelques jours. En particulier, une personne violentée à son domicile a une probabilité de taire l'événement qui est supérieure de plus de 10 points à celle qu'ont les personnes agressées hors de chez elles (y compris aux abords du domicile). Les personnes qui ont vécu un événement violent chez elles sont vraisemblablement moins disposées à en parler à un tiers parce qu'elles en connaissent beaucoup plus souvent l'auteur (46 % des violences ayant lieu au domicile de la victime et ayant entraîné pour elle un dommage sont commises par un membre de la famille) ou parce qu'il existe une proximité avec celui-ci qui entrave la communication avec une autre personne.

Tableau 1

Probabilité pour les victimes de violences interpersonnelles de révéler l'événement au moment de l'enquête, ou d'attendre quelques jours avant d'en parler à un tiers

	Révéler l'événement à l'occasion de l'enquête	Confier l'événement à un tiers au bout de quelques jours
Probabilité de référence	**16**	**31**
Variables étudiées	**Écart à la probabilité de référence**	**Écart à la probabilité de référence**
Caractéristiques de l'événement		
Nature		
Violence verbale (sans violence physique ou sexuelle)[1]	réf.	réf.
Violence physique ou sexuelle	-6*	36***
Violence psychologique (sans violence verbale, ni violence physique ou sexuelle)	-4	9*
Lieu de l'événement		
Domicile de la victime	réf.	réf.
Abords du domicile	-11***	-14***
Lieu de travail ou d'études	-12***	-16***
Autre lieu	-11***	-17***
Présence d'autres personnes		
D'autres personnes étaient présentes	réf.	réf.
La victime était seule au moment des faits	6	-4
Caractéristiques de la victime		
Sexe		
Femme	réf.	réf.
Homme	16***	-5
Âge		
Entre 18 et 29 ans	17**	9
Entre 30 et 54 ans	5	12**
Entre 55 et 75 ans	réf.	réf.
Niveau d'études		
Diplôme de niveau brevet des collèges ou de niveau inférieur	réf.	réf.
Diplôme de niveau CAP ou BEP	2	2
Diplôme de niveau bac	-2	-4
Diplôme de niveau supérieur au bac	0	-4

Tableau 1 (suite)

	Révéler l'événement à l'occasion de l'enquête	Confier l'événement à un tiers au bout de quelques jours
Environnement familial et social		
Taille de la fratrie de la victime		
Enfant unique ou avec un frère ou une sœur	-8**	-2
Deux frères ou sœurs	-4	-6
Au moins trois frères ou sœurs	réf.	réf.
Situation familiale		
Personne vivant seule	réf.	réf.
En couple sans enfant	-8**	-10**
En couple avec enfant	-5	-9**
Famille monoparentale	-2	6
Autres ménages	3	-4
Fréquence des rencontres avec les proches		
Au moins une fois par semaine	réf.	réf.
Une à trois fois par mois	-1	3
Plus rarement	10**	9*
Taille de l'unité urbaine du lieu de résidence		
Communes rurales et unités urbaines de moins de 5 000 habitants	0	2
Unités urbaines de 5 000 à 100 000 habitants	0	10**
Unité urbaine de plus de 100 000 habitants	réf.	réf.
Zone d'habitation		
Zone hors zone urbaine sensible	réf.	réf.
Zone urbaine sensible	3	-4

Note • Modèle de régression logistique. La situation de référence est celle d'une victime réunissant les caractéristiques signalées par l'abréviation " réf " : une femme âgée de 55 à 75 ans, ayant un diplôme de niveau inférieur au brevet des collèges, avec au moins trois frères ou sœurs, etc. et victime d'atteintes verbales qui n'étaient pas accompagnées d'atteintes physiques ou sexuelles.

1. Pour ce tableau, les événements associant des violences de types différents sont classés de la façon suivante : les événements associant des violences physique ou sexuelle et des violences psychologiques ou verbales figurent dans la catégorie « violence physique ou sexuelle ». Les événements associant violences psychologiques et violences verbales figurent dans la catégorie « violence verbale ».

Lecture • « Toutes choses égales par ailleurs » (la violence est une violence verbale, l'événement s'est passé au domicile de la victime, en présence d'autres personnes, la victime est une femme, etc.), la probabilité de révéler l'événement seulement au moment de l'enquête est de 26 % (=16+10) lorsque la victime rencontre ses proches moins d'une fois par mois, contre 16 % lorsque la victime rencontre ses proches au moins une fois par semaine.
La différence par rapport à la situation de référence est d'autant plus significative que figure à côté du résultat indiqué un nombre élevé d'astérisques (*** écart significatif au seuil de 1 % ; ** écart significatif au seuil de 5 % ;* écart significatif au seuil de 10 % ; aucun astérisque : écart non significatif au seuil de 10 %).

Champ • Victimes d'une violence interpersonnelle dans les deux ans précédant l'enquête, déclarant que cet événement leur a causé un dommage physique, matériel, professionnel ou psychologique important ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé, et âgées de 18 à 75 ans (1 019 observations).

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Les personnes qui vivent en couple se confient davantage

À supposer qu'ils ne soient pas auteurs des violences, la présence d'interlocuteurs potentiels dans l'entourage de la victime favorise la parole. Les personnes qui vivent en couple révèlent plus souvent les événements qu'elles ont subis que les autres, et lorsqu'elles le font, elles se confient aussi plus rapidement. Probablement parce que les occasions de trouver un interlocuteur sont moins nombreuses, les victimes dont le réseau relationnel semble moins actif sont moins enclines à parler : par rapport aux personnes qui rencontrent leurs proches au moins une fois par semaine, celles qui les voient moins d'une fois par mois taisent plus fréquemment les faits ou attendent plus souvent quelques jours pour les évoquer.

Le fait qu'une victime se soit confiée à un tiers avant l'enquête ne semble pas pour autant résulter du nombre de personnes présentes dans un cercle proche, confidentes éventuelles après des violences subies. Avoir de nombreux frères ou sœurs ne conduit par exemple pas nécessairement à révéler les faits : les victimes issues de familles comptant au moins quatre enfants taisent plus fréquemment l'événement que les victimes qui sont enfants uniques ou n'ont qu'un frère ou une sœur.

Au regard du lieu de résidence, les personnes vivant dans des communes de 5 000 à 100 000 habitants attendent plus souvent quelques jours avant de se confier que les résidents des grandes villes (plus de 100 000 habitants). Ce phénomène s'explique-t-il par le fait que les grandes agglomérations offrent davantage d'interlocuteurs que les communes de taille plus modeste ? Pour un événement violent de même nature, les communes plus peuplées pourraient aussi garantir davantage d'anonymat aux victimes, encourageant ainsi des confidences portant sur des événements qui touchent parfois l'intimité de la personne.

Encadré

Champ de l'étude

• La population étudiée

La présente étude se limite aux violences de nature « interpersonnelle » (verbale, psychologique, physique ou sexuelle). D'après l'enquête Événements de vie et santé, 48 % de la population âgée de 18 à 75 ans déclarent avoir subi une violence interpersonnelle (hors atteintes aux biens) dans les deux ans précédant l'enquête, qu'elle soit de type psychologique (27 % de la population), verbale (18 %), physique (3 %) ou sexuelle (3 %) (voir la description du questionnaire et des différents types de violence p. 63).

Quand elles déclarent que le dernier événement violent subi a entraîné au moins un dommage professionnel, matériel, psychologique ou physique important ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé, les victimes ont répondu à des questions supplémentaires concernant les circonstances des faits et leurs réactions pendant et après ces événements. Un quart des victimes de violences verbales et des victimes de violences physiques, 21 % des victimes de violences psychologiques et 14 % des victimes de violences sexuelles ont ainsi répondu à ce volet du questionnaire. Ce sont majoritairement des femmes (voir l'article p. 71).

• Les questions exploitées

La partie de l'enquête étudiée ici permet notamment de savoir si la personne a révélé les faits à quelqu'un : « Avez-vous parlé de l'événement à quelqu'un ? » et, si oui, « au bout de combien de temps ? ». D'autres questions permettent également de préciser la nature des interlocuteurs de l'enquêté :

- « S'agissait-il de votre conjoint, d'un membre de votre famille, d'un ami ou d'un proche, d'un médecin généraliste, d'un psychiatre, psychanalyste ou psychothérapeute, d'un autre soignant spécialisé ou d'une autre personne (laquelle ?) ? »
- « Ce fait vous a-t-il conduit à vous rendre à la gendarmerie ou au commissariat, à saisir directement le procureur de la République, à faire une déclaration auprès de votre assurance ? »
- « À la suite de ce fait, avez-vous pris contact avec une assistante sociale, une association de soutien, un numéro d'assistance, un service médico-légal ou médico-judiciaire, ou un avocat ? ».

Faute d'un effectif suffisant de victimes de violences sexuelles déclarant que les faits concernés ont entraîné un dommage pour permettre une analyse statistique à part entière, on ne distingue pas, dans les résultats présentés ici, les violences à caractère sexuel des violences physiques à caractère non sexuel.

Les victimes âgées de 55 à 75 ans parlent davantage des violences subies que les plus jeunes

Les comportements des victimes diffèrent enfin selon leur âge et leur sexe : « toutes choses égales par ailleurs », un homme a deux fois plus de chance qu'une femme de taire les faits, ce qui est cohérent avec les résultats de l'enquête CSF, selon lesquels les hommes qui sont victimes d'actes de violence sexuelle (Bajos et Bozon, 2008) se taisent davantage que les femmes victimes de violences de même nature. Les victimes les plus âgées (55-75 ans) confient davantage l'événement à un tiers que les victimes plus jeunes[3]. Entre autres raisons, les plus jeunes connaissent plus souvent l'auteur de l'événement, ce qui peut les dissuader de parler des faits. Parmi les victimes d'un acte de violence ayant entraîné un dommage, 72 % des personnes âgées de 18 à 29 ans déclarent en effet en connaître l'auteur, alors que c'est le cas de 67 % des victimes dont l'âge est compris entre 55 et 75 ans.

Des interlocuteurs variés selon l'événement et les victimes

Les victimes de violences physiques ou sexuelles parlent moins fréquemment des faits à leur conjoint

Les victimes de violences psychologiques ou verbales se confient dans les mêmes proportions aux différents membres de leur entourage proche, qu'il s'agisse du conjoint, de la famille, des amis ou des personnes de confiance : chacun de ces interlocuteurs est confident d'un peu moins de la moitié de ce type de victimes (tableau 2). En revanche, les victimes de violences physiques ou sexuelles choisissent moins souvent le conjoint pour se confier (24 %). Il est probable que ce dernier soit aussi plus fréquemment l'auteur des faits : 42 % des victimes de violences physiques ou sexuelles ont subi les faits à leur domicile et une fois sur quatre, l'auteur des violences est un membre de sa famille (y compris le conjoint).

Par ailleurs, qu'il s'agisse de violences physiques ou sexuelles, ou de violences psychologiques ou verbales, lorsque l'événement s'est déroulé au domicile, le conjoint est un interlocuteur moins souvent privilégié pour se confier. La moitié des victimes de violences verbales se tournent alors vers une personne de confiance. Le fait que seules 10 % des victimes de violences physiques ou sexuelles à leur domicile aient parlé des faits à leur conjoint conforte l'idée qu'il est très fréquemment l'auteur de ce type de violence dans la sphère domestique. Après un événement survenu chez soi, les révélations restent alors aussi plus fréquemment circonscrites au cercle des confidents : par rapport à l'ensemble des victimes, celles qui ont subi une violence au domicile sont deux fois moins nombreuses à en parler à d'autres personnes que des proches ou des soignants.

Lorsque les victimes de violences révèlent les faits à une personne autre qu'un ami ou une personne de confiance, qu'un membre de la famille (conjoint compris) ou qu'un soignant, il s'agit fréquemment d'un collègue de travail ou d'un supérieur hiérarchique. C'est le cas d'environ 40 % des

3. Ce dernier résultat ne contredit pas forcément ceux établis pour des périodes de référence autres que les deux années précédant l'enquête EVS, notamment le fait que les victimes âgées déclarent moins souvent que les plus jeunes avoir parlé à un tiers de rapports sexuels forcés ou de tentatives de rapport forcé subis au cours de leur vie entière (Bajos et Bozon, 2008). Ces violences survenant fréquemment avant 18 ans, il est par exemple possible que certaines victimes ne se rappellent pas qu'elles ont révélé les faits à un tiers lorsqu'ils se sont produits. D'autre part, les générations plus âgées ont pu avoir dans leur jeunesse davantage de difficultés à révéler des violences sexuelles subies, dans un contexte où la réprobation sociale contre ce type de violence serait moindre.

victimes de violences physiques ou sexuelles et verbales et de plus de la moitié des victimes de violences psychologiques qui déclarent en avoir parlé à une autre personne. Ce choix d'interlocuteur est étroitement lié au lieu dans lequel se sont déroulés les événements : lorsque la personne en parle à un collègue, les faits se sont produits dans 94 % des cas sur le lieu de travail.

Après un événement violent, les femmes s'adressent davantage aux soignants que les hommes

Le recours à un soignant (médecin, psychologue et autre personnel médical spécialisé) est plus fréquent lorsque la violence subie a une dimension physique : 28 % des victimes de violences physiques ou sexuelles consultent un soignant, contre 20 % des victimes de violences verbales et 17 % des victimes de violences psychologiques (tableau 2). Mais le recours à un soignant dépend également des caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant subi un événement violent. À cet égard, les différences de comportement des victimes s'apparentent aux inégalités de recours aux soins observées usuellement en population générale (Lanoë et Makdessi-Raynaud, 2005 ; Montaut, 2010) : après avoir subi une violence interpersonnelle, les hommes voient moins fréquemment un médecin, un psychologue ou un autre spécialiste[4] que les femmes et les plus jeunes interrogés pour l'enquête ont moins fréquemment recours à ces professions que leurs aînés. Les personnes qui ont un niveau de diplôme inférieur au CAP ou BEP consultent également moins souvent un soignant après un événement violent subi (tableau 3).

TABLEAU 2

Personnes ou institutions auxquelles est confié un événement violent ayant causé un dommage, selon la nature et le lieu de la violence (en %)

	Nature de l'événement violent					
	Violences physiques et violences sexuelles		Violences verbales		Violences psychologiques	
	Ensemble des victimes	Victimes à leur domicile	**Ensemble des victimes**	Victimes à leur domicile	**Ensemble des victimes**	Victimes à leur domicile
La victime en a parlé à…						
… un ami, une personne de confiance	48	44	41	50	47	46
... son conjoint	24	10	43	18	46	34
… sa famille (hors conjoint)	38	37	40	44	46	45
… un médecin généraliste, un psychologue ou un autre soignant	28	28	20	20	17	13
… une autre personne	17	6	26	14	17	8
La victime...						
… est allée au commissariat ou à la gendarmerie ou a saisi le procureur de la République	38	32	27	28	13	15
… a contacté une assistante sociale, une association ou un numéro d'assistance	8	11	6	7	5	7
… a contacté un avocat	10	7	9	14	8	7

Lecture • 47 % des victimes de violences psychologiques ont parlé de l'évènement à un ami. Lorsqu'elles ont subi les faits à leur domicile, 46 % en ont parlé à un ami.

Champ • Victimes d'une violence interpersonnelle dans les deux ans précédant l'enquête, âgées de 18 à 75 ans, déclarant que cet événement leur a causé un dommage physique, matériel, professionnel ou psychologique important ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé (1 042 individus).

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

4. Ces résultats ont été vérifiés par une analyse « toutes choses égales par ailleurs », au moyen d'un modèle de régression logistique.

Des violences psychologiques faiblement signalées aux autorités

Ce sont les victimes qui ont subi une violence physique ou sexuelle qui se rendent le plus fréquemment au commissariat ou à la gendarmerie ou, dans une moindre mesure, qui saisissent le procureur de la République (tableau 2). Toutefois, les violences physiques ou sexuelles subies au domicile sont plus rarement signalées aux autorités que les violences de même nature survenues dans un autre lieu : 32 % des victimes à leur domicile se sont rendues au commissariat ou à la gendarmerie contre 38 % tous lieux des événements confondus.

Si 27 % des victimes de violences verbales se rendent dans un commissariat, une gendarmerie ou saisissent le procureur de la République, la part des victimes de violences psychologiques – pourtant proches des violences verbales dans la mesure où elles surviennent sans atteinte physique ou matérielle – qui effectuent une telle démarche est moitié moindre. Cependant, davantage que les violences psychologiques, les violences verbales accompagnent fréquemment des violences de nature différente, notamment des violences physiques ou sexuelles, pour lesquelles les victimes ont plus souvent recours aux autorités (voir l'article p. 71).

Les victimes qui se rendent au commissariat ou à la gendarmerie ne déposent pas systématiquement une plainte : 27 % des victimes de violences physiques ou sexuelles ayant entraîné un dommage ont porté plainte et respectivement 21 % et 9 % des victimes de violences verbales et de violences psychologiques ont effectué cette démarche.

D'autres institutions que les services médicaux, les forces de maintien de l'ordre ou la justice peuvent accompagner les personnes qui ont subi des atteintes violentes. C'est le cas d'associations de soutien, d'organismes qui animent des lignes téléphonique d'assistance ou des assistantes sociales. Ainsi, 8 % des victimes de violences physiques ou sexuelles déclarent avoir eu recours à l'un ou l'autre de ces appuis, et respectivement 6 % et 5 % des victimes de violences verbales et psychologiques. Les victimes de violences verbales qui se sont produites au domicile se tournent plus souvent vers un avocat que les autres victimes de violences verbales. Dans certains cas, on peut penser que ce recours concerne une procédure de divorce.

TABLEAU 3

Le recours à un soignant (médecin, psychologue ou autre soignant) selon les caractéristiques sociodémographiques des victimes d'une violence interpersonnelle ayant entraîné un dommage (en %)

Caractéristiques sociodémographiques des victimes	
Diplôme	
Niveau supérieur au bac	23
Niveau bac	20
Niveau CAP ou BEP	21
Niveau Brevet des collèges ou inférieur	17
Âge	
18-29 ans	12
30-54 ans	25
55-75 ans	14
Sexe	
Homme	16
Femme	23
Ensemble	20

Lecture • 23 % des femmes victimes de violences interpersonnelles ayant entraîné un dommage ont consulté un médecin, un psychologue ou un autre soignant spécialisé.

Champ • Victimes d'une violence interpersonnelle dans les deux ans précédant l'enquête, âgées de 18 à 75 ans, déclarant que cet événement leur a causé un dommage physique, matériel, professionnel ou psychologique important ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé (1 042 individus).

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Les victimes qui ont confié l'événement à un tiers dans les heures qui ont suivi les faits présentent moins souvent un état dépressif majeur ou un trouble anxieux généralisé

Selon les critères retenus par l'enquête EVS[5], les personnes qui ont subi un événement violent ayant entraîné un dommage dans les deux ans précédant l'enquête présentent plus souvent que les autres personnes un épisode dépressif majeur (EDM) ou un trouble anxieux généralisé (TAG) au moment de l'enquête. Parmi les victimes rapportant avoir subi des dommages, les prévalences de ces pathologies sont trois à quatre fois plus élevées (selon la nature de la violence subie) que dans l'ensemble de la population des 18-75 ans (tableau 4). Ces deux pathologies se cumulent fréquemment. Comme des connaissances épidémiologiques l'enseignent par ailleurs : d'après l'enquête EVS, 41 % des personnes âgées de 18 à 75 ans présentant au moment de l'enquête un EDM présentent également un TAG.

Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » permet de mettre en évidence les facteurs qui influent sur la probabilité de présenter un TAG ou un EDM au moment de l'enquête. À caractéristiques données de la victime et des circonstances de l'événement subi, et en tenant compte de l'anxiété ou de la dépression nerveuse chronique dont elles déclarent éventuellement souffrir depuis une date antérieure aux faits[6], les personnes qui ont parlé des violences subies à quelqu'un dans les heures qui ont suivi les faits ont une moindre probabilité (- 6 points) de souffrir d'un EDM ou d'un TAG au moment de l'enquête (tableau 5).

La probabilité de souffrir de l'une de ces deux affections est aussi liée à la nature des événements déclarés et à l'entourage de la personne. Les victimes qui déclarent avoir subi une violence de nature psychologique présentent plus fréquemment des troubles psychiques de type EDM ou TAG au moment de l'enquête. En outre, les personnes qui ont subi des violences à leur domicile sont plus souvent susceptibles de présenter des troubles psychiques au moment de l'enquête. Ceci semble indiquer que, lorsque les faits se déroulent au domicile, les victimes se trouvent plus souvent fragilisées psychologiquement. Ce résultat est à rapprocher du fait que, dans la sphère domestique, l'auteur est fréquemment un membre de la famille, qui pourrait de surcroît agir de façon répétée (voir l'article p. 69).

TABLEAU 4

Prévalence des épisodes dépressifs majeurs actuels et du trouble anxieux généralisé chez les victimes de violences ayant entraîné un dommage au moment de l'enquête (en %)

Victimes déclarant avoir subi un dommage important	Épisodes dépressifs majeurs	Trouble anxieux généralisé
Victimes de violences verbales	19	20
Victimes de violences physiques ou sexuelles	24	17
Victimes de violences morales	24	20
Ensemble de la population	**6,4**	**5,5**

Lecture • D'après les critères du DSM-IV évalués par la version du MINI choisie pour l'enquête, 24 % des victimes de violences physiques et sexuelles ayant entraîné un dommage présentent un épisode dépressif majeur lors du passage de l'enquêteur.

Champ • Personnes âgés de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire dont, dans l'échantillon, 1 042 victimes de violences ayant entraîné un dommage.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

5. L'épisode dépressif majeur et le trouble anxieux généralisé ont été définis selon les critères du DSM-IV et sont évalués par la version du MINI choisie pour l'enquête EVS, qui s'apparente à un diagnostic psychiatrique (voir p. 45).

6. Les enquêtés qui souffrent d'anxiété ou de dépression nerveuse chroniques sont identifiés grâce aux questions « Souffrez-vous d'anxiété (de dépression nerveuse) chronique ? Depuis quelle date ? », contrairement aux enquêtés qui souffrent de TAG actuels ou d'EDM actuels, qui sont repérées grâce au questionnement MINI, s'apparentant davantage à un diagnostic psychiatrique (voir p. 45).

Enfin, « toutes choses égales par ailleurs », les victimes de violence vivant seules ont une probabilité plus élevée de présenter les troubles caractéristiques de l'anxiété généralisée ou de l'EDM que celles qui vivent dans un ménage de deux personnes ou plus. En outre, que ce soit parce que le travail, par le rôle psychique et social qu'il occupe, est un facteur potentiel d'épanouissement ou parce qu'être en bonne santé psychique favorise l'accession à une activité professionnelle, les victimes qui occupent un emploi présentent moins souvent un EDM ou un TAG au moment de l'enquête. Ces résultats corroborent ceux observés sur l'ensemble de la population (Leroux et Morin, 2006), où l'on constate une plus grande fréquence des épisodes dépressifs chez les personnes isolées ou n'exerçant pas d'activité professionnelle.

TABLEAU 5

Probabilité pour les victimes de violences interpersonnelles de présenter un épisode dépressif majeur ou un trouble anxieux généralisé au moment de l'enquête

	Présenter un état dépressif majeur ou un trouble anxieux généralisé lors de l'enquête
Probabilité de référence	**23**
Variables étudiées	**Écart à la probabilité de référence**
Temps avant de parler de la violence subie à quelqu'un	
La victime s'est confiée immédiatement	réf.
La victime a attendu quelques jours ou plus ou a révélé l'événement lors de l'enquête	6**
Caractéristiques de l'événement	
Nature de l'événement violent[1]	
Violence verbale (sans violence physique ou sexuelle)*	réf.
Violence physique ou sexuelle	-1
Violence psychologique (sans violence verbale, ni violence physique ou sexuelle)	11***
Lieu de l'événement	
Domicile de la victime	réf.
Abords du domicile	-13***
Lieu de travail ou d'études	-11***
Autre lieu	-6*
Présence d'autres personnes	
D'autres personnes étaient présentes	réf.
La victime était seule au moment des faits	4
Caractéristique de la victime	
Sexe	
Femme	réf.
Homme	-3
Âge	
Entre 18 et 29 ans	2
Entre 30 et 54 ans	6
Entre 55 et 75 ans	réf.
Diplôme	
Niveau brevet des collèges ou de niveau inférieur	réf.
Niveau CAP ou BEP	4
Niveau bac	-2
Niveau supérieur au bac	-1
Troubles psychiques chroniques	
Sans anxiété chronique ni dépression nerveuse chronique ayant débuté avant l'année 2003	réf.
Troubles dépressifs ou anxiété chronique ayant débuté avant l'année 2003	37***

Tableau 5 (suite)

	Présenter un état dépressif majeur ou un trouble anxieux généralisé lors de l'enquête
Environnement social et familial	
Taille de la fratrie	
Enfant unique ou un frère ou une sœur	-1
Deux frères ou sœurs	5
Au moins trois frères ou sœurs	réf.
Type de ménage	
Personnes vivant seules	réf.
Couple sans enfant	-9**
Couple avec enfant	-8**
Famille monoparentale	-9*
Autres ménages	-8*
Taille de l'unité urbaine	
Communes rurales et unités urbaines de moins de 5 000 habitants	-4
Unités urbaines de 5 000 à 100 000 habitants	7*
Unités urbaines de plus de 100 000 habitants	réf.
Zone d'habitation	
Zone hors zone urbaine sensible	réf.
Zone urbaine sensible	4
Fréquence des rencontres avec les proches	
Au moins une fois par semaine	réf.
Une à trois fois par mois	0
Plus rarement	4
Situation professionnelle	
Personne n'occupant pas un emploi	réf.
Occupe un emploi	-5*

Note • La situation de référence est celle d'une victime réunissant les caractéristiques suivantes : une femme âgée de 55 à 75 ans, ayant un diplôme de niveau inférieur au brevet des collèges, n'occupant pas d'emploi, etc. et victime d'une violence verbale, sans violence physique ou sexuelle, ayant entraîné un dommage important dans les deux ans précédant l'enquête.
Les événements violents rapportés par les enquêtés se sont déroulés dans les deux ans précédant l'enquête. Les troubles psychiques chroniques déclarés par l'enquêté qui ont débuté avant 2003 sont donc apparus avant la survenue des violences décrites.

1. Pour ce tableau, les événements associant des violences de types différents sont classés de la façon suivante : les événements associant des violences physiques ou sexuelles et des violences psychologiques ou verbales sont dans la catégorie « violence physique ou sexuelle ». Les événements associant violences psychologiques et violences verbales sont dans la catégorie « violence verbale ».

Lecture • « Toutes choses égales par ailleurs » (la violence est une violence verbale, l'événement s'est passé au domicile de la victime, en présence d'autres personnes, la victime est une femme, etc.), la probabilité de présenter un EDM ou un TAG au moment de l'enquête est de 29 % (=23+6) lorsque la victime a révélé les faits au bout de quelques jours ou en parlait pour la première fois lors de l'enquête, contre 23 % lorsque la victime s'est confiée immédiatement.

La différence par rapport à la situation de référence est d'autant plus significative que figure à côté du résultat un nombre élevé d'astérisques (aucun astérisque : écart non significatif au seuil de 5 % ; * : écart significatif au seuil de 5 % ; ** : écart significatif au seuil de 1 %).

Champ • Victimes d'une violence interpersonnelle dans les deux ans précédant l'enquête, déclarant que cet événement leur a causé un dommage physique, matériel, professionnel ou psychologique important ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé, âgées de 18 à 75 ans (1 019 observations).

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Conclusion

Sans préjuger du sens des causalités entre l'exposition aux violences, la parole des victimes et leur état psychique, les liens qui apparaissent ici montrent l'importance de l'accompagnement et de l'écoute des victimes. L'enjeu est donc de développer des dispositifs adéquats pour joindre les personnes qui taisent ou qui révèlent tardivement des faits violents, une population par définition difficile à atteindre mais que l'enquête EVS permet de mieux identifier. Il s'agit en particulier des personnes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles ou des violences psychologiques, celles pour lesquelles les événements se déroulent dans la sphère privée, ou les victimes qui ont des contacts sociaux peu fréquents. Une prise en charge adaptée permettrait sans doute d'améliorer l'état de santé, en particulier psychologique, de ces victimes.

Bibliographie

Bajos N., Bozon M. et l'équipe de CSF, 2008, « Les violences sexuelles en France : Quand la parole se libère », *Population et sociétés*, INED, n°445, septembre.

Bajos N., Bozon M., 2008, « Les agressions sexuelles en France : résignation, réprobation, révolte », *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et sant*é, La Découverte, pp. 381-407.

Bauer A., (sous la dir. de), 2007, *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance*, CNRS Éditions, Paris, 573 p.

Cavalin C., 2007, « Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé (1/2) », DREES, *Études et Résultats*, n°598, septembre.

Cavalin C., 2009, « Violences, santé et événements difficiles, situation comparée des femmes et des hommes » (pp. 55-70) et « Violences sexuelles » (pp. 256-259) *in* DREES, *La santé des femmes en France*, La Documentation française.

Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A. Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A., 2003, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, La Documentation française, 370 p.

Leroux I., Morin T., 2006, « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », *Études et résultats*, DREES, n° 545, décembre.

Lanoë J.-P., Makdessi-Raynaud Y., 2005, « L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 436, octobre.

Montaut A., 2010, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 », *Études et Résultats*, DREES, n° 717, février.

Les violences sexuelles subies par les femmes :

au-delà des écarts de mesure, des résultats convergents*

Catherine CAVALIN

Depuis 2000, les enquêtes produisent des taux de victimation divers en matière d'agressions sexuelles : non seulement elles ne couvrent pas toujours exactement les mêmes types d'agressions, mais leurs protocoles de collecte, les champs de population qu'elles concernent et les conditions de passation de leurs questionnaires sont souvent différents. Pourtant, une forte convergence se dessine pour dresser le portrait des victimes de violences sexuelles, particulièrement celui des femmes. Elles sont en effet beaucoup plus exposées que les hommes à ce type de violences, lesquelles surviennent tôt dans leur vie mais se manifestent également à l'âge adulte. Les violences sexuelles concernent des femmes de tous milieux sociaux. Ce sont souvent des violences graves et répétées au sein de leur ménage, commises par leur conjoint ou ex-conjoint. La répétition des faits sur la durée est également associée au silence. La parole de la victime, lorsqu'elle advient, semble limiter le cumul des agressions, ce qui est confirmé, de façon symétrique, par le fait que des violences répétées dans la durée vont plutôt de pair avec le silence.

* Cet article reprend en grande partie la fiche « Violences sexuelles » publiée dans un ouvrage coordonné par la DREES et paru en 2009, *La santé des femmes*, La Documentation française, pp. 254-257.

En 2000, l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) était la première enquête statistique à analyser en détail les violences faites aux femmes, et notamment les violences sexuelles. Depuis, elle a été relayée par diverses enquêtes, qui abordent cette thématique en population générale (à la fois chez les femmes et les hommes) et produisent chacune des taux de victimation différents, tout en ne faisant pas du domaine des agressions sexuelles leur objet principal. C'est le cas notamment des enquêtes Événements de vie et santé (EVS) et Contexte de la sexualité en France (CSF), réalisées en 2005-2006, et de l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) depuis 2007 (voir l'article p. 17). Au vu des différences de concepts, de champs et de protocoles de collecte de ces différentes enquêtes, cette étude propose une synthèse des résultats statistiques sur les violences sexuelles obtenus au cours des dix dernières années en France, en dégageant les grandes spécificités des femmes qui se déclarent atteintes de ce type de violences.

Les violences sexuelles subies par les femmes : d'importants écarts de mesure

Sous le qualificatif de « violences sexuelles », la nature des faits retenus dans les questionnaires des enquêtes statistiques peut différer (tableau 1). Selon les cas, figurent ou non les attouchements (contrainte pour en pratiquer ou en subir), les tentatives de rapports sexuels forcés et les rapports sexuels forcés (usage de la force, de menaces, de la contrainte ou de la surprise). D'autres agressions à caractère sexuel peuvent aussi faire l'objet de questionnements : être contraint(e) à des rapports sexuels avec un tiers ; être contraint(e) à se déshabiller devant quelqu'un ou être exposé(e) à du voyeurisme ; être confronté(e), contre

Tableau 1

Les femmes victimes de violences sexuelles dans cinq enquêtes en population générale

Enquête statistique	Date	Période de référence de la question posée	Champ de l'enquête
Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), IDUP-INED	2000	Vie entière (moins les 12 derniers mois)	Femmes de 20 à 59 ans
Baromètre santé, INPES	2005	Vie entière	Hommes et femmes de 12 à 75 ans
Événements de vie et santé (EVS), DREES	2005-2006	24 derniers mois Vie entière (moins les 24 derniers mois)	Hommes et femmes de 18 à 75 ans
Contexte de la sexualité en France (CSF), INED-INSERM	2005-2006	Vie entière	Hommes et femmes de 18 à 69 ans
Cadre de vie et sécurité (CVS), OND-INSEE	2007	24 derniers mois	Hommes et femmes de 18 à 60 ans

* Calcul effectué sur les femmes de 15 à 75 ans. Ce résultat figure parmi les premiers résultats en ligne du Baromètre santé 2005, dans la synthèse « Les actes de violence physique ».

son gré, à une personne qui se déshabille ou exhibe ses organes sexuels ; devoir pratiquer des gestes sexuels que l'on refuse ; subir un contact physique comme être embrassé(e) de force, « peloté(e) » (fesses, seins, etc.) ; subir des avances sexuelles insistantes ou devoir regarder des images pornographiques ; subir des conversations ou des appels téléphoniques à caractère pornographique. L'ENVEFF, enquête qui couvre la plus large étendue de faits (Jaspard *et al.*, 2003), a réalisé un effort de synthèse pour comptabiliser ensemble toutes les violences sexuelles subies par les femmes « dans tous leurs cadres de vie au cours des douze derniers mois » (*ibid*, p. 308). Il apparaît ainsi que 3,5 % d'entre elles en ont été victimes. Mais toute analyse ou comparaison de résultats exige une grande prudence. Car, pas plus que les autres enquêtes, l'ENVEFF ne permet de connaître *toutes* ces agressions dans *tous* leurs contextes de survenue (violences conjugales, intrafamiliales, lieu de travail, espaces publics, domicile, etc.) et à *toutes* époques de la vie (événements récents ou plus lointains dans l'existence des personnes interrogées). Les atteintes prises en considération varient en effet d'une « sphère » de vie à l'autre (famille et proches, vie conjugale actuelle, ex-conjoint, espace public, vie professionnelle, etc.). Par exemple, pour rendre compte des éventuelles agressions sexuelles survenues au sein de leur relation de couple au moment de l'enquête, les enquêtées sont interrogées sur deux sujets distincts : d'une part, leur conjoint a-t-il utilisé la force pour avoir des rapports sexuels avec elles ? D'autre part, leur a-t-il imposé des gestes sexuels qu'elles refusaient ? Pour savoir si leurs agresseurs potentiels faisaient partie de leur famille ou de leurs proches, il leur est en revanche demandé si elles ont subi des attouchements sexuels, des rapports sexuels forcés (ou des tentatives) ou si elles ont été contraintes de se déshabiller.

Nature des violences sexuelles	% de femmes victimes	Protocole de collecte	Nombre de répondants
Attouchements Tentatives de rapports sexuels forcés Rapports sexuels forcés Contraintes à des rapports sexuels avec un tiers Au moins une de ces quatre agressions sexuelles	5,4 5,7 2,7 0,2 11,0	Téléphone	6 970 femmes
Rapports sexuels forcés	4,1*	Téléphone	13 182 hommes et 17 332 femmes
Attouchements, rapports sexuels forcés ou tentatives	0,4 11,0	Face-à-face + question de rattrapage auto-administrée par ordinateur (méthode audio-CASI)	4 328 hommes et 5 625 femmes
Rapports sexuels forcés ou tentatives	16,0	Téléphone	5 540 hommes et 6 824 femmes
Attouchements ou rapports sexuels forcés quand l'auteur ne vit pas avec la victime Attouchements ou rapports sexuels forcés quand l'auteur vit avec la victime Attouchements ou rapports sexuels forcés, tous auteurs confondus Viols (définis dans la question comme rapports sexuels forcés) Viols (définis dans la question comme rapports sexuels forcés) et tentatives de viols	1,5 0,6 2,0 0,7 1,2	Auto-administration par ordinateur (méthode audio-CASI)	5 309 hommes et 6 437 femmes

Sous-estimation du taux de victimation dans l'enquête EVS ?

Encore moins dicibles que d'autres violences subies, les violences sexuelles requièrent de la part des concepteurs d'enquête un soin particulier dans les méthodes de collecte et la manière d'afficher les résultats. Même quand le protocole de collecte est précautionneux et confidentiel, un risque de sous-déclaration des agressions sexuelles demeure, que les enquêtés dissimulent délibérément les situations qu'ils ont vécues ou qu'ils opèrent un « tri » moins conscient parmi les événements difficiles de leur vie. Pour limiter cet effet d'omission, l'idée est de favoriser du mieux possible la confiance et le dialogue, par des moyens pratiques et symboliques mis en œuvre dans les méthodes de collecte. La perception de ce que constitue une agression sexuelle, notamment si elle est désignée comme « rapports sexuels forcés », est aussi très certainement mouvante d'un individu à un autre et d'un contexte de survenue à un autre – d'où la nécessité de libeller les questions de manière concrète (voir l'article p. 53).

Pour illustrer l'influence du protocole de collecte sur les résultats, comparons en premier lieu certains résultats des enquêtes CVS et EVS. D'après l'enquête CVS réalisée en 2007, 2 % des femmes de 18 à 60 ans déclarent avoir été victimes d'attouchements ou de rapports sexuels forcés au cours des deux dernières années. D'après l'enquête EVS réalisée en 2005-2006, 0,6 % des femmes du même champ ont déclaré avoir été victimes d'attouchements, de rapports sexuels forcés (ou de tentatives) au cours de la période de référence (les deux années précédant l'enquête). Ainsi, non seulement les résultats diffèrent nettement mais surtout, le chiffre le plus faible est celui qui recouvre *a priori* le plus de faits, puisque l'enquête EVS inclut les tentatives de rapports forcés, contrairement à l'enquête CVS. Les écarts sont donc surtout à analyser au travers des différences de modes de collecte des informations.

Si le taux de victimation obtenu dans l'enquête CVS est plus élevé que celui qu'affiche l'enquête EVS, c'est sans doute principalement parce que l'enquête CVS a recueilli les informations sur les violences sexuelles de manière très confidentielle sur l'ordinateur des enquêteurs, sans que ceux-ci soient dépositaires des réponses. Pour l'enquête EVS en revanche, les réponses ont dans un premier temps été collectées durant l'entretien en face à face avec un enquêteur : il est donc plus difficile de dire les faits, même à une personne astreinte à la confidentialité, que de cocher des réponses sans « témoin ».

Anticipant ces limites, l'enquête EVS avait tenté de pallier ces difficultés en introduisant une question de « rattrapage » dans la partie auto-administrée par ordinateur : aux enquêtés qui avaient d'abord déclaré en face à face n'avoir jamais subi d'attouchements, de rapports sexuels forcés (ou tentatives), la même question était posée à nouveau en mode auto-administré, ce qui permettait à ceux qui n'avaient pas souhaité en parler devant un enquêteur ou en présence d'une personne du ménage[1] de déclarer ces événements de façon plus « protégée ». Cette précaution n'était visiblement pas suffisante. Mais le fait qu'un quart des personnes ayant déclaré avoir subi une violence de ce type dans les deux ans précédant l'enquête[2] l'aient fait à l'occasion de cette question plaide en faveur d'une méthode auto-administrée par ordinateur pour les questions sur les violences sexuelles.

Sensibilité différente des hommes et des femmes au mode de collecte

Le mode de passation du questionnaire (entretien en face à face ou par mode auto-administré par ordinateur) peut également avoir un impact différencié sur le comportement de réponse des hommes et des femmes. Pour disposer de résultats statistiquement plus robustes, nous nous

1. Les cas où l'enquêté(e) n'était pas seul(e) c'est-à-dire où, à un moment ou un autre, pour une durée plus ou moins longue, une autre personne que l'enquêteur était présente pendant l'entretien, représentent 24 % des entretiens.

2. Un quart de répondants supplémentaires grâce à cette question de « rattrapage », parmi les 18-75 ans (champ d'EVS), et un tiers supplémentaire parmi les femmes de 18 à 60 ans (réduction au champ du résultat « 2 % de victimes » de CVS).

intéressons ici aux personnes qui se sont déclarées victimes d'attouchements, de rapports sexuels forcés (ou tentatives) durant leur vie entière (à l'exclusion des deux ans précédant l'enquête) : le taux de victimation moyen s'élève alors à 7 % parmi les 18-75 ans (3 % d'hommes et 11 % de femmes). Ces personnes pouvaient se déclarer victimes de vive voix lors de l'entretien en face à face ou, lorsqu'elles ne l'avaient pas fait, s'autoriser à une plus grande sincérité dans le questionnaire auto-administré, en rectifiant la réponse négative donnée précédemment à l'enquêteur. Or, selon que l'on inclut ou non les réponses « rattrapées » en mode auto-administré, la répartition des victimes entre hommes et femmes diffère : les hommes, utilisant davantage que les femmes leur droit au remords lorsque la question est posée dans le secret d'un protocole plus confidentiel, voient leur effectif s'accroître davantage que celui des femmes, au sein de l'ensemble des victimes (qui demeurent très majoritairement féminines). Les hommes représentent 13 % des victimes d'attouchements sexuels, rapports sexuels forcés (ou tentatives) lorsqu'on se limite à considérer les réponses données dans l'entretien en face à face, alors qu'ils en constituent 21 % si l'on tient également compte des réponses fournies dans le questionnaire auto-administré sur les mêmes sujets (tableau 2).

L'hypothèse souvent avancée[3], qui pourrait concourir à éclairer un tel résultat, est que les hommes auraient encore plus de difficultés – donc peut-être plus encore que les femmes – à parler des agressions subies. Autrement dit, les hommes auraient d'autant plus de mal à révéler avoir subi certaines formes de violences que ce sont celles auxquelles les femmes sont surexposées ; cela pourrait en effet remettre en cause les formes apprises de masculinité ou de virilité. Alors que parler à un enquêteur semble de plus en plus facile, à en croire l'évolution récente des taux de victimation enregistrés, les réponses à la question auto-administrée de l'enquête EVS sur les attouchements, rapports sexuels forcés et tentatives de rapports forcés suggèrent que les hommes éprouvent toujours plus de difficultés que les femmes pour parler de ces situations. Dans le cas des femmes, mais plus encore dans le leur, le choix du protocole de collecte, assurant une confidentialité renforcée, n'est donc sans doute pas sans conséquence sur les résultats statistiques obtenus[4].

Le taux de victimation augmente en apparence entre 2000 et 2006

Même à populations de référence identiques et protocoles proches, les résultats ne sont pas toujours strictement comparables. Ainsi l'enquête CSF, réalisée six ans après l'ENVEFF, a suivi volontairement un protocole très proche de l'ENVEFF, dans un souci de comparabilité : les

Tableau 2

Répartition des hommes et des femmes se déclarant victimes d'attouchements sexuels et de rapports sexuels forcés (ou tentatives) selon le mode d'interrogation

	Hommes	Femmes	Ensemble
Réponses données de vive voix à l'enquêteur	13	87	100
Réponses données de vive voix à l'enquêteur ou en mode auto-administré par ordinateur	21	79	100

Lecture • Interrogés en face à face à propos des attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) subis au cours de leur vie (à l'exclusion des 24 mois précédant l'enquête), les victimes de ces événements se répartissent entre hommes et femmes à hauteur de 13 % et 87 % respectivement.

Champ • Personnes âgées de 18 à 75 ans, résidant en France en ménage ordinaire et ayant subi des attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives).

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

3. Voir par exemple : Bajos et Bozon, 2008b, p. 392. Pour une réflexion plus large autour de la masculinité, voir notamment : Dejours, 1998, p. 104-106 et Bourdieu, 2002, p.77-78 (liens entre virilité et violence) ; et par exemple : Welzer-Lang (sous la dir. de), 2000.

4. Une analyse globale du fonctionnement du questionnaire auto-administré de l'enquête EVS et du comportement des répondants à ce questionnaire a été réalisée dans cet ouvrage (voir l'article p. 237).

enquêtes ont toutes deux été conduites par téléphone, avec des questions formulées dans les mêmes termes (Bajos et Bozon, 2008). Même dans ces conditions proches, en six ans, ces deux enquêtes enregistrent un doublement du taux de victimation (rapports sexuels forcés ou tentatives) : d'après l'enquête CSF, 16 % des femmes de 18 à 69 ans se déclarent concernées par des rapports sexuels forcés (ou tentatives) alors que, dans l'ENVEFF, respectivement 5,7 % et 2,7 % de femmes de 20 à 59 ans déclarent avoir subi des tentatives de rapports forcés et des rapports forcés[5].

L'augmentation des atteintes déclarées ne se concentre pas sur les années 2000-2006, qui par définition échappent à l'ENVEFF. La forte hausse du taux de victimation illustre donc, selon Nathalie Bajos et Michel Bozon, le fait que la parole se libère beaucoup plus volontiers en 2006 que ce n'était le cas six ans plus tôt : « C'est donc essentiellement une plus grande propension à rapporter des événements de violence dans une enquête scientifique qui rend compte de l'évolution observée » (Bajos et Bozon, 2008a, p. 3). Cette libération de la parole se manifeste surtout à propos des rapports sexuels contraints survenus avant l'âge de 18 ans (et plus encore avant celui de 15 ans). Cette explication illustre, toujours selon ces auteurs, l'impact majeur de l'ENVEFF sur l'opinion et les pouvoirs publics : depuis la réalisation de cette enquête auprès des femmes, ces derniers ont en effet diffusé de nombreux messages de prévention des violences conjugales et mis en place, en mars 2007, un numéro d'appel pour les victimes de violences conjugales (le « 39 19 »).

L'emplacement des questions sur les violences sexuelles a sans doute aussi contribué à favoriser la parole en 2006, et peut conduire à nuancer, sans pour autant les remettre en cause, les conclusions précédentes. Ainsi, il n'est pas neutre de répondre à une question sur les violences sexuelles subies, après avoir longuement répondu à des questions portant sur les pratiques sexuelles que l'on a eues tout au long de sa vie et, plus largement, sur sa biographie affective et sexuelle[6]. La place (tardive dans le questionnaire de l'enquête CSF) du questionnement sur les violences sexuelles contribue certainement à un taux de victimation plus élevé, comme le souligne Alice Debauche, lorsqu'elle compare les questions sur les rapports sexuels forcés dans l'ENVEFF et dans l'enquête Analyse du comportement sexuel des Français (ACSF) de 1992 (qui avait précédé l'enquête CSF). Selon elle, ces enquêtes développent une méthodologie voisine, mais elles diffèrent par les thèmes centraux abordés (violences d'un côté, comportements sexuels de l'autre) et les conditions dans lesquelles sont livrées les réponses (Debauche, 2007, p. 86). Cet exemple illustre donc la grande difficulté de raisonner à référence strictement identique.

Au-delà des divergences, un portrait convergent des victimes de violences sexuelles se dessine

Les femmes surexposées aux violences sexuelles

D'après l'enquête EVS de 2005-2006, 7 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir subi des attouchements, des rapports sexuels forcés et des tentatives de rapports forcés tout au long de leur vie (11 % des femmes et 3 % des hommes). Cette surexposition des femmes s'observe aussi bien pour les violences commises par une personne résidant habituellement avec la victime que pour celles commises par une personne extérieure au ménage, comme le montre l'enquête CVS

5. En raisonnant sur le champ des femmes âgées de 20 à 59 ans, « avoir subi au moins un rapport sexuel forcé (ou une tentative) » (pour la vie entière dans l'enquête CSF, pour la même période de référence à l'exception des 12 derniers mois pour l'ENVEFF) concerne 7 % de femmes dans l'ENVEFF et 17 % dans l'enquête CSF.

6. On retrouve ici l'effet de halo mis en évidence dans une autre étude de cet ouvrage (voir l'article sur l'influence du mode de collecte sur la mesure des prévalences de consommation de substances psychoactives, p. 261).

(tableau 3)[7]. Elle est encore plus marquée pour les viols. Les femmes représentent ainsi la totalité des victimes de viols âgées de 18 à 60 ans repérées par l'enquête CVS pour les années 2005 et 2006 : environ 130 000 femmes déclarent avoir été violées, soit plus d'un quart des victimes de l'ensemble des violences sexuelles mesurées dans cette enquête (Bauer, 2007).

Tableau 3

Répartition des hommes et des femmes victimes d'attouchements ou de rapports sexuels forcés selon la proximité avec l'auteur des violences

	Victime masculine	Victime féminine
L'auteur des faits ne réside pas au sein du ménage	89 000	262 000
L'auteur des faits réside au sein du ménage	27 000	114 000
Victimes de violences sexuelles tous auteurs confondus	116 000	356 000

Lecture • 262 000 femmes de 18 à 60 ans se déclarent victimes d'attouchements et rapports sexuels forcés émanant d'un auteur qui ne réside pas dans leur ménage, pour les années 2005 et 2006. Alors que les hommes victimes se répartissent en deux groupes totalement distincts, selon que l'auteur des violences sexuelles réside ou non avec la victime (116 000 = 89 000+ 27 000), 20 000 femmes déclarent avoir subi des violences sexuelles provenant à la fois d'agresseurs intérieurs et extérieurs à leur ménage (356 000 < 262 000 + 114 000).

Champ • Personnes qui se déclarent victimes d'attouchements ou de rapports sexuels forcés, âgées de 18 à 60 ans et résidant en ménage ordinaire. Années 2005-2006.

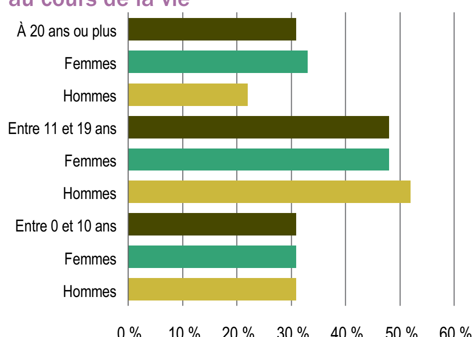
Sources • Enquête Cadre de vie et sécurité 2007, OND-INSEE (d'après le rapport annuel 2007 de l'OND, p. 37), questionnaires individuels.

Des atteintes sexuelles précoces

Dans l'enquête EVS, il apparaît très nettement que, comme les violences physiques à caractère non sexuel, les violences sexuelles surviennent très tôt au cours de la vie. Ces résultats convergent avec ceux de l'ENVEFF (Jaspard *et al.*, 2003) et de l'enquête CSF (Bajos et Bozon, 2008a). Un tiers des femmes qui déclarent avoir subi des attouchements ou rapports sexuels forcés (ou tentatives) ont été exposées à ces violences avant d'avoir atteint l'âge de 11 ans (graphique 1). Les hommes sont beaucoup moins nombreux à se déclarer victimes de ce type de violences, mais ils sont aussi concernés très tôt, dans des proportions identiques. Alors que l'adolescence se présente, pour les filles et les garçons, comme la période d'exposition la plus forte, la part des personnes subissant des violences à l'âge adulte est plus forte pour les femmes que pour les hommes : un tiers des femmes victimes de violences sexuelles ont subi ce type de violences au moins une fois à l'âge de 20 ans ou plus, contre un homme victime sur cinq.

Graphique 1

La survenue des violences sexuelles (attouchements, tentatives et rapports sexuels forcés) au cours de la vie



Lecture • 31% des personnes déclarant avoir subi des attouchements, tentatives ou rapports sexuels forcés sur le cours entier de leur vie (à l'exclusion des 24 derniers mois) ont été exposées à ces violences pendant l'enfance (0-10 ans), 48% y ont été exposées entre 11 et 19 ans et 31% à l'âge de 20 ans ou plus tard. Le total est supérieur à 100%, du fait de l'existence de personnes ayant subi ces violences à deux voire trois périodes de leur vie : 12% des femmes et 5 % des hommes victimes ont ainsi subi des violences à plusieurs périodes de leur vie, en cumulant des violences sexuelles subies le plus souvent à l'enfance et à l'adolescence..

Champ • Personnes qui se déclarent victimes d'attouchements, tentatives et rapports sexuels forcés, âgées de 18 à 75 ans et résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

7. La surexposition féminine aux violences sexuelles est encore confirmée par la toute dernière édition de l'enquête CVS : si le taux des victimes âgées de 18 à 75 ans baisse significativement par rapport à 2006-2007, c'est en raison d'une baisse constatée pour les hommes, le nombre de femmes se déclarant victimes étant dans le même temps orienté à la hausse (Bauer, 2009, p. 19).

Des violences sexuelles dans tous les groupes sociaux

De ces différentes enquêtes, il ressort que les violences sexuelles faites aux femmes et aux hommes touchent globalement toutes les catégories sociales. Les violences sexuelles doivent être mises en regard de la biographie affective et sexuelle des individus plutôt que de leur milieu social. C'est en effet en ce sens que l'on peut également interpréter le résultat de l'enquête EVS selon lequel, « toutes choses égales par ailleurs »[8], le nombre de conjoints avec lesquels la personne a vécu au cours de sa vie exerce pour les femmes un effet aggravant sur la probabilité d'avoir subi des agressions sexuelles. Le contexte des relations de couple apparaît comme un cadre où les femmes sont particulièrement exposées à ce type de violences, par rapport aux hommes. Pour ces derniers, ce n'est qu'à partir de trois conjoint(e)s ou plus au cours de la vie que le risque d'être surexposé à des violences sexuelles est accru. Pour les femmes, avoir eu deux conjoints ou trois ou plus exerce un effet aggravant, et dans de plus fortes proportions que pour les hommes.

Toujours dans la perspective de la biographie affective et sexuelle des personnes, l'enquête CSF (Bajos et Bozon, 2008a) et l'ENVEFF (Jaspard *et al.*, 2003) montrent que l'attirance et les pratiques homosexuelles déclarées sont fréquemment associées au fait d'avoir subi des violences sexuelles. Cette corrélation ne reçoit toutefois pas d'explication évidente : on ne peut dire si des violences ont été exercées dans le cadre de ces relations ou non, si certains des événements violents sont en rapport avec de l'homophobie, ni connaître les cas dans lesquels, après des violences sexuelles précoces au cours de la vie, les personnes ont pu s'orienter vers une sexualité homosexuelle.

L'auteur des violences sexuelles : souvent un homme proche de la victime

Dans la quasi-totalité des cas, les violences sexuelles sont commises par des hommes. Les agresseurs sont en outre le plus souvent des personnes seules : c'est le cas pour 92% des femmes et 95% des hommes âgées de 18 à 69 ans qui déclarent avoir subi des violences sexuelles dans l'enquête CSF.

Les différentes sources s'accordent aussi à établir que les auteurs de violences sexuelles sont rarement inconnus de leurs victimes avant les faits : c'est le cas pour 17% des femmes et hommes âgées de 18 à 69 ans qui se déclarent victimes de telles violences dans l'enquête CSF (Bajos et Bozon, 2008a), et pour moins d'un quart des femmes âgées de 20 à 59 ans qui se déclarent victimes dans l'ENVEFF. Lorsqu'il s'agit d'agresseurs connus, les femmes sont davantage victimes de membres de leur entourage proche (père, beau-père, conjoint, partenaire, autres personnes de la famille, ami ou copain) que les hommes. En outre, selon l'Observatoire national de la délinquance (Bauer, 2007), les femmes qui se déclarent victimes d'agressions sexuelles de la part d'un membre de leur ménage en 2005 et 2006 sont plus souvent violées que lorsque l'auteur des faits ne réside pas avec elles. Ces atteintes doivent en particulier être lues sous l'angle de la violence dans la relation de couple. En effet, 57% des femmes de 18 à 60 ans déclarant avoir subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un agresseur résidant dans leur foyer désignent leur conjoint comme auteur principal ou unique de l'ensemble des atteintes. Violences physiques et sexuelles confondues, 2,6% des femmes de 18 à 60 ans vivant en couple ont subi en 2005-2006 de tels actes émanant de leur conjoint. Plus souvent victimes que les hommes de violences physiques ou sexuelles exercées par une personne corésidente et de manière plus répétée, les femmes font état de conséquences plus

8. Raisonnement à âge, niveau de diplôme le plus élevé obtenu, lien à la migration, situation par rapport au travail, type de ménage, niveau de revenu par unité de consommation donnés.

graves en matière de santé. En 2005 et 2006, 48 % des femmes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles dont l'auteur est le conjoint, déclarent des blessures, contre 10 % des hommes (Bauer, 2007).

Au-delà de ces effets directs et immédiats sur la santé, la probabilité de réaliser au moins une tentative de suicide au cours de sa vie est fortement accrue lorsque l'on a subi des rapports sexuels forcés (ou tentatives) ou des attouchements. Selon l'enquête EVS, 5 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir réalisé au moins une tentative de suicide, alors que 21 % des femmes et 11 % des hommes victimes de ces atteintes sont dans ce cas[9].

Les femmes, surtout les plus jeunes, parlent plus que les hommes, mais la parole reste difficile

L'ENVEFF établit que la moitié des femmes de 20 à 59 ans qui déclarent avoir été victimes d'attouchements ou de rapports sexuels forcés (ou tentatives) au cours de leur vie (à l'exclusion des douze mois précédant l'enquête) n'en ont jamais parlé avant d'être interrogées à ce sujet dans l'enquête. Le viol apparaît comme l'agression la moins dicible : dans 57 % des cas, la personne qui en a été victime se tait. L'identité de l'agresseur influe aussi fortement sur la parole de la victime, les cas où il s'agit d'un membre de la famille ou du conjoint apparaissant comme les plus difficiles à dévoiler (Tournyol du Clos et Le Jeannic, 2008).

L'enquête CSF obtient des résultats assez proches de ceux de l'ENVEFF. La moitié seulement des femmes et des hommes âgés de 18 à 69 ans qui ont subi des rapports sexuels forcés (ou tentatives) ont révélé ces faits à un tiers : 46 % des femmes et 62 % des hommes interrogés en parlaient pour la première fois à l'occasion de l'enquête (Bajos et Bozon, 2008a). Le silence pesant sur les agressions commises par les membres de la famille et pendant l'enfance semble reculer par rapport à ce qui prévalait à la date de réalisation de l'ENVEFF (2000). Et si les femmes parlent plus souvent que les hommes des événements vécus, avant d'être sollicitées pour l'enquête, ce sont surtout les plus jeunes qui brisent le silence : 71 % des femmes de 18 à 24 ans victimes de rapports sexuels forcés (ou tentatives) en ont parlé contre 44 % des hommes du même âge. Il faut veiller ici à différencier deux types de dévoilement, en rappelant que, lorsqu'une personne révèle ce qu'elle a vécu, dans le cadre public mais anonyme d'une enquête statistique, il s'agit d'un acte très différent de celui qui consiste à pouvoir « parler » (à l'entourage, aux soignants, aux services de police ou de justice). Les progrès les plus sensibles sont sans doute aujourd'hui ceux des déclarations recueillies dans les enquêtes, puisque seulement 7,6 % des femmes de 18 à 60 ans qui ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint ont porté plainte en 2005 et 2006 ; 90 % de ces victimes n'effectuent aucun signalement à la police ou la gendarmerie (Bauer, 2007)[10]. Il reste donc encore pas mal de chemin à faire pour que la parole, enfin plus libre, permette d'éviter l'enfermement des victimes.

9. Les écarts de fréquence des tentatives de suicide résistent à une analyse « toutes choses égales par ailleurs ».

10. À propos des recours que trouvent ou non les personnes victimes de violences par le dévoilement à autrui des faits survenus, voir l'article p. 85.

Bibliographie

Bajos N., Bozon M., 2008a, « Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère », *Population & Sociétés*, INED, n°445, mai.

Bajos N., Bozon M., 2008b, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, p.381-407.

Bauer A. (sous la dir. de), 2009, *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance (OND)*, CNRS Éditions, 710 p.

Bauer A. (sous la dir. de), 2007, *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance (OND)*, CNRS Éditions, 573 p.

Beck F., Guilbert P. Gautier A., 2007, *Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES, 608 p.

Bourdieu P., 2002, *La domination masculine*, Le Seuil (édition augmentée d'une préface), 182 p.

Cavalin C., 2007, « Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé », *Études et Résultats*, DREES, n°598, septembre, 8 p.

Debauche A., 2007, « Enquêter sur le viol : entre sexualité et violence », *in* Chetcuti N., Jaspard M. (sous la dir. de), *Violences envers les femmes. Trois pas en avant deux pas en arrière*, L'Harmattan, p.75-94.

Dejours C., 1998, *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, Le Seuil, 197 p.

DREES, « Violences sexuelles », *La santé des femmes*, La Documentation française.

Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A., 2003, *Les violences envers les femmes en France*. *Une enquête nationale*, la Documentation française, 370 p.

Jaspard M. et l'équipe ENVEFF, 2001, « Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France », *Population & Sociétés*, INED, n°364, janvier, 4 p.

Spira A., Bajos N. et groupe ACSF, 1993, *Les comportements sexuels en France*, La Documentation française.

Tournyol du Clos L., Le Jeannic T., 2008, « Les violences faites aux femmes », *INSEE Première*, INSEE, février, 4 p.

Welzer-Lang D. (sous la dir. de), 2000, *Nouvelles approches des hommes et du masculin*, Presses universitaires du Mirail, 376 p.

Partie 3

Des parcours de vie difficiles : éléments d'analyse biographique

Exposition aux violences durant l'enfance et prise en charge par les services sociaux

Emmanuelle GUYAVARCH

Il est aujourd'hui difficile d'estimer le nombre d'enfants en danger car ceux qui ne bénéficient pas d'une mesure de prise en charge ne sont ni repérés par les services de protection de l'enfance, ni recensés par un autre organisme. L'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) estime que, fin 2007 en France (métropole et DOM), 265 000 enfants de moins de 18 ans étaient pris en charge par un service de protection de l'enfance, soit 1,9 % des mineurs. Cette estimation, qui repose sur l'exploitation de plusieurs sources, reste néanmoins fragile et apporte très peu d'informations sur les caractéristiques des enfants pris en charge.

Quelques enquêtes statistiques françaises permettent de mieux cerner les personnes qui ont été victimes de violences durant leur enfance, mais pas toujours de savoir si elles ont été prises en charge. L'enquête Événements de vie et santé (EVS), par sa dimension rétrospective, constitue une précieuse source d'informations, car elle interroge les personnes à la fois sur les maltraitances subies avant l'âge de 20 ans et sur leur prise en charge éventuelle (qui ne concernerait que 19 % d'entre elles si l'on s'en tient aux violences sexuelles répétées avant l'âge de 20 ans). Ces données doivent néanmoins être interprétées avec prudence, car les violences durant l'enfance restent probablement sous-déclarées et sujettes à des effets de mémoire dont les mécanismes ne sont pas tous connus.

Une confusion fréquente tend à faire l'amalgame entre enfants bénéficiant d'une mesure en protection de l'enfance et enfants en danger. Or, les enfants en danger regroupent deux types de population bien distincts.

D'une part, il y a ceux qui ont été repérés comme étant en danger et protégés à ce titre par les services de protection de l'enfance. Cette population d'enfants en danger couvre les mineurs de moins de 18 ans faisant l'objet d'une décision judiciaire en assistance éducative[1] ou d'une prestation de l'aide sociale à l'enfance (ASE)[2]. Celle-ci repose sur une évaluation[3] concluant à une situation de danger dans le cadre de difficultés d'ordre familial ou d'une défaillance de l'autorité parentale, y compris passagère. Il s'agit non seulement d'enfants exposés à un danger physique réel (violences physiques, sexuelles) mais également d'enfants dont les familles, de façon ponctuelle ou structurelle, sont en difficulté (difficultés d'ordres matériel, psychologique, relationnel qui risquent de mettre en danger la santé, la sécurité ou l'éducation des enfants). Il existe ainsi un large éventail de mesures, allant d'une mesure en milieu ouvert – action éducative en milieu ouvert (AEMO) ou aide éducative à domicile (AED) – à une séparation de l'enfant d'avec ses parents, de manière temporaire ou sur un temps plus long, *via* un placement au sein d'une famille d'accueil ou d'un établissement de l'aide sociale à l'enfance. Les mesures en milieu ouvert évitent la séparation en permettant à l'enfant de bénéficier d'un accompagnement par un travailleur social, tout en ayant la possibilité de demeurer au sein de sa famille.

D'autre part, il ne faut pas oublier l'existence des enfants qui se trouvent en danger au sein de leur cellule familiale mais qui ne bénéficient d'aucune protection, car leur situation de danger n'a pas été repérée par les différentes institutions susceptibles d'intervenir en la matière. Il est donc difficile de se faire une idée de leur nombre (Guyavarch, 2008).

Les seules données disponibles aujourd'hui portent sur les enfants connus par les services de protection de l'enfance. Même si des études ont permis d'évaluer la sous-estimation du danger dans certains cas, comme par exemple celui des nourrissons décédés à la suite de violences (Tursz et Gerbouin-Rérolle, 2008), il n'existe pas de moyens d'information permettant, à un instant donné, de compter exhaustivement ou de pouvoir estimer statistiquement les effectifs d'enfants actuellement en danger mais non repérés par les services de protection de l'enfance. Dans ce contexte de (mé)connaissance, une enquête rétrospective en population générale, réalisée auprès d'adultes, peut donc constituer une appréciable source d'information quantitative sur la fréquence des maltraitances non repérées qui ont été subies durant l'enfance dans le cadre familial. Par cette voie, on peut espérer mieux cerner les violences subies pendant l'enfance, même si ce n'est qu'*a posteriori* et malgré les difficultés d'interprétation liées au traitement des déclarations de personnes ayant atteint l'âge adulte.

Ce chapitre vise à confronter l'information tiré d'une part du matériau statistique existant (en cours de réforme profonde et présentant encore des angles morts) du côté des enfants pris en charge et, d'autre part, de l'enquête Événements de vie et santé (EVS) qui interroge des personnes âgées de 18 à 75 ans à propos de violences auxquelles elles ont pu être exposées depuis leur naissance.

Le repérage des enfants en danger par les services de protection de l'enfance : un dispositif statistique encore imparfait

Si elle existe, la connaissance des enfants dont la situation a été repérée est toutefois imparfaite, tant en ce qui concerne leurs effectifs que leurs caractéristiques.

1. Décision du juge des enfants au regard de l'article 375 du Code civil.

2. Selon l'article L. 221-1 du Code de l'action sociale et des familles, les missions de l'ASE sont attribuées au conseil général.

3. L'article L.223-1 de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance rend cette définition opérationnelle, en rendant l'évaluation obligatoire avant toute décision de prestation.

Préalablement à sa première estimation dans ce domaine, l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) a recensé les principales sources de données disponibles sur les enfants en danger. Une dizaine d'entre elles approchent plus ou moins directement le phénomène de l'enfance en danger en France. Les données proviennent de quatre ministères (en charge de l'Intérieur, de la Justice, de l'Éducation nationale et de la Santé et des Affaires sociales), du service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED) plus connu sous le nom de « Allô 119 »[4] et, jusqu'en 2007, de l'Observatoire décentralisé de l'action sociale (ODAS) qui publiait des données sur les signalements de danger (ONED, 2005).

Ces données se distinguent selon qu'elles traitent de situations en amont ou en aval d'une décision de prise en charge : les appels téléphoniques au SNATED et les statistiques sur les signalements de l'ODAS se situent dans la première catégorie, tandis que les données des ministères sur les prises en charge se situent dans la seconde.

1,9 % des mineurs pris en charge au titre de la protection de l'enfance : une estimation fragile

Au 31 décembre 2007, le nombre d'enfants de moins de 18 ans bénéficiant d'au moins une mesure de protection de l'enfance est estimé à 265 000 pour la France entière, soit 1,9 % des moins de 18 ans (tableau 1). Mais il ne s'agit que d'une estimation, puisque l'effectif précisément connu est celui du nombre des mesures de prise en charge (administratives ou judiciaires, d'accueil ou de milieu ouvert) et non celui des enfants. Un même enfant pouvant faire l'objet de plusieurs mesures, l'ONED estime donc un taux de doubles mesures, en établissant la part des enfants pris en charge qui bénéficient conjointement d'une mesure d'accueil et d'une mesure de milieu ouvert (ONED, 2005, 2006, 2007, 2008, 2010 ; Frechon *et al.*, 2009 ; Marquet *et al.*, 2008)[5].

Cette estimation repose sur l'exploitation des données issues de la DREES et de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) : chaque année, la DREES publie un rapport sur les bénéficiaires de l'aide sociale départementale (Bailleau et Trespeux, 2009), tandis que la DPJJ transmet à l'ONED les données sur les mesures judiciaires. Ces sources de données, ainsi que la méthodologie utilisée et les limites liées à l'estimation proposée annuellement, sont exposées en détail dans les rapports annuels de l'ONED[6].

La fragilité de l'estimation, du fait de l'exploitation de différentes sources, ne permet pas d'établir de véritables conclusions quant à une réelle évolution du nombre de prises en charge.

TABLEAU 1

Évolution du nombre et de la part des mineurs pris en charge en protection de l'enfance au 31 décembre

	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de mesures	264 838	270 078	272 812	277 013	280 112
Nombre d'enfants pris en charge	244 648	253 730	261 485	265 913	265 061
Proportion d'enfants pris en charge…	1,73 %	1,79 %	1,85 %	1,88 %	1,86 %
... uniquement en accueil	0,75 %	0,78 %	0,82 %	0,83 %	0,81 %
... uniquement en milieu ouvert	0,84 %	0,90 %	0,95 %	0,97 %	0,95 %
... avec une double mesure	0,14 %	0,12 %	0,08 %	0,08 %	0,11 %

Lecture • 1,86 % des enfants âgés de moins de 18 ans bénéficient d'une prise en charge en protection de l'enfance au 31 décembre 2007.

Champ • France entière, enfants de moins de 18 ans.

Sources • Estimations réalisées par l'ONED, à partir des données recueillies par la DREES et la DPJJ sur le nombre de mesures.

4. Ce service fait partie du groupement d'intérêt public enfance en danger (GIPED), formé par le SNATED et l'ONED.

5. Ayant pour mission de « mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter », l'ONED, créé en 2004, publie chaque année un rapport où figure l'estimation actualisée du nombre et de la part d'enfants et de jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance. Cette estimation repose sur des données agrégées concernant des mesures de prise en charge administratives ou judiciaires.

6. ONED, Rapports annuels 2005 à 2010.

En particulier, la légère baisse du nombre et de la part des mineurs bénéficiant d'une mesure de prise en charge entre 2006 et 2007 nécessite d'être confirmée dans les années à venir.

Outre le problème lié aux effectifs eux-mêmes, cette estimation apporte très peu d'informations sur les caractéristiques des enfants pris en charge : quel âge ont-ils ? Y a-t-il parmi eux plus de garçons que de filles ? De quels milieux socio-économiques sont-ils issus ? Quelle est la structure de leur famille ? Quels ont été leurs parcours ? Les motifs de leur prise en charge, la durée des mesures dont ils bénéficient, ainsi que leur âge moyen au moment de leur première et dernière mesures de prise en charge sont également inconnus. *A fortiori*, il est impossible de savoir si le sexe et l'âge de l'enfant d'une part, les caractéristiques de son entourage d'autre part, ont une influence sur la nature de la prise en charge (placement en famille d'accueil, en établissement ou mesure en milieu ouvert). Quelques analyses peuvent être réalisées, à condition de s'en tenir à un découpage fondé sur des classes d'âge très larges, mais aucune information fine permettant de croiser ces informations avec d'autres n'est accessible.

Vers un meilleur suivi des parcours des enfants tout au long de leur prise en charge

Pour pallier toutes ces insuffisances, l'ONED détaillait jusqu'en 2007 les lacunes à combler pour que l'on puisse disposer de données nationales. Des études réalisées au niveau local, en particulier, permettaient alors de faire apparaître la très grande diversité de l'information produite à cet échelon et, de là, l'impossibilité de réaliser une analyse nationale homogène et complète.

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance va dans le sens d'une meilleure connaissance statistique des situations d'enfants en danger. Cette loi modifie notamment l'article L 226-3 du Code de l'action sociale et des familles[7], en stipulant que le conseil général (sous la responsabilité de son président) est chargé, *via* sa cellule de recueil des informations préoccupantes[8], de collecter, traiter et évaluer les informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, et ce quel que soit le moment de production et l'origine de l'information. Cet article précise par ailleurs que les informations collectées seront transmises sous forme anonyme à l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (art. L. 226-3-1) et à l'ONED (art. L. 226-6). La nature et les modalités de transmission de ces informations sont fixées par décret. Cette réforme va donc dans le sens d'une observation individuelle, centrée sur l'enfant, dans le but de mieux connaître le nombre d'enfants pris en charge (en stock comme en flux), de même que leurs caractéristiques (âge exact, durée de prise en charge, contexte socio-économique et familial).

Le décret d'application, publié au *Journal Officiel* du 27 décembre 2008, a pour objectif premier de « contribuer à la connaissance de la population des mineurs en danger » et « d'analyser la cohérence et la continuité des actions mises en œuvre au bénéfice des personnes concernées ». Ce décret présente les modalités de transmission des données chiffrées départementales : ces dernières remonteront de manière anonymisée, afin de préserver et respecter l'identité des personnes ; individuelles, ces données retraceront les caractéristiques de chacun des enfants et de sa famille ; longitudinales, elles permettront d'étudier le parcours de ces enfants tout au long de leur prise en charge, et notamment d'analyser la succession des mesures mises en œuvre pour un même enfant.

Cette transmission de données anonymisées, individuelles et longitudinales, répond à plusieurs objectifs. Outre une meilleure connaissance des enfants en danger (ou qui risquent de l'être) et de leurs parcours de prise en charge, elle doit aussi permettre de mieux appréhender les besoins de protection et, pour aller plus loin, les besoins de prévention au niveau national et départemental.

7. Article 12 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

8. Créée dans chaque département par l'article L. 226-3 du Code de l'action sociale et des familles (article 12 de la loi 5 mars 2007).

Par ailleurs, cette transmission de données doit contribuer à mieux connaître l'activité des cellules départementales et des services de protection de l'enfance. Celle-ci est relativement bien connue en ce qui concerne les mesures de prise en charge. Mais elle l'est beaucoup moins dans le domaine du travail opéré en amont, notamment pour ce qui relève des informations dites préoccupantes ou des évaluations préalables à la mise en œuvre d'une mesure.

Enfin, le dernier objectif est de contribuer à l'harmonisation des connaissances pour développer une analyse nationale de la situation et des comparaisons entre observatoires départementaux. Il s'agit donc non seulement de recueillir des connaissances utiles à l'élaboration des politiques nationales, mais aussi d'informer chaque département de l'efficacité des actions mises en œuvre par ses homologues, pour qu'ils les mettent en place à leur tour au niveau local.

Combler toutes ces lacunes sera précieux, mais il n'en reste pas moins que seuls les enfants déjà repérés comme étant en danger, et alors pris en charge, seront mieux connus : l'enfance en danger, mieux cernée dans sa composition, son évolution et les mesures dont elle bénéficie se limitera encore à la population prise en charge, sans estimation possible du nombre et des caractéristiques présumées des enfants qui, en situation de danger, échappent aux dispositifs administratifs de protection. Cette omission, persistante malgré l'amélioration en cours (déjà considérable et tant attendue) du dispositif statistique associé à la protection de l'enfance, pose évidemment problème pour définir efficacement des instruments de prévention des situations de danger.

Les violences non repérées par les services de protection de l'enfance

Pour mieux cerner la population des enfants en danger, on peut se tourner vers plusieurs enquêtes statistiques françaises, qui fournissent une mesure de la population déclarant avoir été victime de violences durant l'enfance, dans le cadre familial (encadré). Si chacune de ces enquêtes apporte des éléments intéressants et participe à l'amélioration de la connaissance des conditions de vie durant l'enfance, aucune ne permet cependant de répondre précisément à la question du nombre d'enfants en danger non repérés par les services de protection de l'enfance : ainsi, certaines enquêtes ne portent que sur la population féminine, voire une population féminine localement définie (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France – ENVEFF, Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles – CSVF) ; l'Enquête Contexte de la sexualité en France (CSF), pour sa part, s'intéresse exclusivement aux violences sexuelles, en accord avec le reste de la thématique générale de l'enquête ; autre exemple, la question des violences subies n'est pas toujours complétée par une question sur l'auteur de ces violences (enquête Santé, inégalités, ruptures sociales – SIRS).

Par ailleurs, ces sources permettent souvent difficilement de croiser les informations sur les violences subies avec celles qui renseignent sur une éventuelle prise en charge liée à ces violences. En d'autres termes, ces enquêtes permettent bien de repérer certaines populations exposées à certains types de violences durant l'enfance, mais pas souvent ou pas complètement de savoir si les personnes qui déclarent avoir été victimes dans leur jeune âge ont été repérées comme telles.

La question du « chiffre noir » demeure donc d'actualité puisque, s'il est possible d'interroger la population adulte sur le vécu durant l'enfance[9], il est plus difficile d'interroger les enfants

9. Avec le biais lié à la mémoire que ces enquêtes impliquent ou, du moins, l'inévitable part de subjectivité, vraie pour des événements récents, et que modifie encore le temps qui a passé.

qui pourraient aujourd'hui être victimes : les enquêtes auprès d'enfants nécessitent une méthodologie et des autorisations spécifiques. Sans résoudre le problème, l'enquête EVS apporte des éléments de connaissance qui ne se trouvent dans aucune des sources précédemment évoquées.

ENCADRÉ

Les enquêtes statistiques françaises en population générale qui abordent les conditions de vie durant l'enfance[1]

L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF, 2000)

Cette enquête réalisée par téléphone en 2000 a permis d'interroger 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans (résidant en métropole, hors institution). Seules les agressions sexuelles sont abordées pour la période de la vie de l'enquêtée qui remonte jusqu'à l'enfance. Pour chacun des faits déclarés, sont enregistrés l'âge de la victime, les auteurs, les circonstances, les recours judiciaires et les conséquences, notamment à propos d'une éventuelle prise en charge en protection de l'enfance ou en assistance éducative (Jaspard *et al.*, 2003). Dans cette enquête, 4 % des femmes interrogées déclarent avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 15 ans, et pour une grande majorité d'entre elles, l'auteur était un membre de l'entourage.

À la suite de l'ENVEFF, d'autres enquêtes similaires ont été réalisées, à plus petite échelle et sur des sous-populations. Par exemple, l'enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles (CSVF), réalisée par l'Observatoire des violences envers les femmes en Seine-Saint-Denis entre fin 2006 et début 2007, s'est intéressée aux violences subies par les jeunes filles âgées de 18 à 21 ans travaillant, résidant ou étudiant dans ce département francilien.

L'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF, 2005-2006)

À l'initiative de l'ANRS (Agence nationale de recherche sur le sida), l'enquête CSF a été menée par l'INSERM et l'INED en 2005-2006 par téléphone, auprès de 6 824 femmes et 5 540 hommes âgés de 18 à 69 ans. Un module du questionnaire porte sur les agressions sexuelles, toutes périodes de la vie confondues, et permet de faire le lien avec les résultats issus de l'enquête ENVEFF, réalisée six ans auparavant.

D'après cette enquête[2], 8,8 % des femmes et 2,8 % des hommes interrogés déclarent avoir subi au moins un rapport ou une tentative de rapport sexuel forcé avant l'âge de 18 ans (contre respectivement 7,4 % et 1,6 % après l'âge de 18 ans). Ces violences durant l'enfance et l'adolescence sont souvent liées aux univers de socialisation (famille, école, groupe de pairs). Parmi les femmes de plus de 40 ans déclarant au moins une violence sexuelle avant l'âge de 18 ans, 27 % incriminent directement leur père, beau-père ou une personne de la famille et 31 % d'autres personnes connues d'elles.

Selon les générations, la propension à parler de ces agressions sexuelles (en dehors de l'enquête elle-même) varie assez largement. Quel que soit l'âge auquel les violences ont eu lieu, seules 33 % des femmes âgées de 60 à 69 ans déclarent en avoir parlé avant l'enquête, contre 71 % des femmes âgées de 18 à 24 ans. Pour les auteurs de l'enquête, ces variations s'expliquent essentiellement par une modification de la sensibilité, sans doute liée aux campagnes d'information et à l'inscription de la violence contre les femmes dans l'agenda politique, dont l'ENVEFF aurait constitué le principal et méritoire vecteur.

Le fait de parler ou non des violences subies varie fortement selon l'auteur des violences. Ainsi, seules 40 % des femmes déclarent ces agressions lorsque l'auteur est un ami ou un conjoint, mais 78 % se confient lorsqu'il s'agit d'un père ou d'un beau-père, 62 % lorsqu'il s'agit d'une autre personne de la famille. Ces résultats diffèrent sensiblement de ceux de l'ENVEFF, dans laquelle les victimes déclaraient

que le viol par un père, beau-père ou un autre homme de la parenté était une des agressions sexuelles les plus difficiles à révéler.

Entre les deux enquêtes, la propension à parler des violences sexuelles augmente donc fortement, tandis que le nombre de plaintes enregistrées est resté stable. Les résultats confirment, selon les auteurs de l'enquête CSF, qu'il ne s'agit pas d'une augmentation des agressions mais plutôt d'une libération de la parole (au moins en situation d'enquête, à défaut d'une libération auprès de tous les interlocuteurs, notamment des services de police ou de justice).

Enfin, si d'une enquête à l'autre les déclarations augmentent beaucoup, quel que soit l'âge au moment de l'agression, c'est dans le groupe des femmes âgées de moins de 15 ans au moment des faits que cette évolution à la hausse est la plus marquée. Cette augmentation concerne les violences intrafamiliales puisque, dans ces âges les plus jeunes, le cadre intrafamilial de la victimation occupe une large part. À champ d'enquêtées identique (femmes de 20 à 59 ans, qui constituent le champ de l'ENVEFF, plus étroit que celui de CSF), les tentatives de rapports sexuels forcés dont l'auteur déclaré est le père ou le beau-père sont 6,8 fois plus fréquentes et les rapports sexuels forcés 4,1 fois plus fréquents dans l'enquête CSF que dans l'ENVEFF. Lorsqu'il s'agit d'un autre homme de la parenté, l'accroissement se fait, pour ces deux types d'agressions, respectivement dans des rapports de 2,5 à 1 et de 3,9 à 1 (Bajos et Bozon, 2008).

L'enquête « Santé, inégalités, ruptures sociales » (SIRS, 2005-)

Cette enquête, réalisée par l'INSERM et le CNRS, porte sur une cohorte de 3 000 ménages d'Île-de-France suivis depuis 2005 (enquête à domicile à l'automne 2005 et à l'automne 2009, entretien téléphonique au printemps 2007). L'objectif est d'étudier les facteurs sociaux de la santé et le recours aux soins.

L'un des modules de cette enquête porte sur l'enfance et la jeunesse des personnes enquêtées, avec notamment des questions sur le lieu et l'entourage de résidence, sur la prise en charge en protection de l'enfance et sur les « événements difficiles » (dont les mauvais traitements subis et les abus sexuels) vécus avant l'âge de 18 ans. Cette enquête permet donc de comparer trois types de population : les personnes ayant été prises en charge par les services de protection de l'enfance, celles ayant été mises en danger durant leur minorité sans bénéficier d'une prise en charge, et les personnes ne déclarant ni situation de danger pendant leur enfance, ni prise en charge liée à ce type de cause[3].

L'Enquête longitudinale française durant l'enfance (ELFE, 2010-)

L'Enquête longitudinale française durant l'enfance, dont la gestion est assurée par un groupe d'intérêt scientifique regroupant l'INED, l'INSERM, l'INSEE, la DREES, la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et la direction générale de la santé (DGS), a pour objectif de suivre 20 000 enfants nés dans le courant de l'année 2011, depuis leur naissance jusqu'à leurs 20 ans. Cette étude constituera une source de données pour analyser le développement de l'enfant, étudier les différents facteurs (familiaux, sociaux, environnementaux, scolaires, sanitaires, etc.) interagissant tout au long de son parcours, comprendre l'impact des situations vécues durant l'enfance sur la santé, le développement physique, psychologique, social et professionnel et observer les éventuelles mesures de prise en charge en protection de l'enfance[4].

1. Pour une analyse comparée des méthodes et des résultats de ces enquêtes, voir l'article p. 17.

2. Pour une comparaison des résultats en matière de mesure des violences sexuelles, voir l'article p. 99.

3. Pour en savoir plus, voir la lettre d'information du programme « Santé, inégalités et ruptures sociales », n° 1 et suivantes.

4. Pour en savoir plus : https://www.elfe.ined.fr/

Apports et limites de l'enquête EVS pour l'appréhension de la maltraitance

L'enquête EVS ne présente pas, pour le sujet qui nous intéresse ici, les avantages du suivi d'une cohorte et se limite à une approche rétrospective des événements par les enquêtés. Elle contient toutefois des éléments d'information sur un large éventail de violences, toutes périodes de la vie confondues, et permet de savoir si les personnes interrogées ont fait l'objet de mesures en protection de l'enfance et, si oui, de quels types de mesure et à quelles périodes de leur vie.

Les premiers résultats de l'enquête EVS ont montré la précocité des violences subies : parmi les 11 % de femmes déclarant avoir subi au moins une fois des violences sexuelles, 31 % ont subi une première atteinte de ce type entre leur naissance et l'âge de dix ans (Cavalin, 2007).

Le module du questionnaire qui détaille les atteintes violentes subies au cours de la vie (à l'exclusion des deux années précédant l'enquête) permet de repérer les personnes déclarant avoir subi, durant l'enfance (de 0 à 10 ans) ou l'adolescence (de 11 à 19 ans), des violences sexuelles (attouchements, rapports sexuels forcés ou tentatives) ou d'autres atteintes physiques (gifles, coups, brutalités diverses, etc.), à caractère non sexuel cette fois. Dans ce module, les répondants peuvent également signaler s'ils ont « souffert d'un grave manque d'affection » et, si tel est le cas, à quelles périodes de leur vie.

Si l'auteur des différents types de violence n'est pas désigné dans cette partie du questionnaire sur l'enfance ou l'adolescence, il est toutefois possible d'émettre des hypothèses à ce sujet. En effet, l'une des questions de ce module porte sur la répétition de ces actes de violence : « Vous ont-ils été imposés de manière durable, c'est-à-dire de façon répétée, pendant une ou plusieurs périodes ? » dans le cas des violences sexuelles, et « plusieurs fois, très souvent ou de façon presque continue » pour les autres types de violence. On peut supposer que les violences imposées de manière durable ou répétées étaient plus souvent perpétrées dans le cadre familial ou par des personnes que l'enfant connaissait. Et à partir du moment où les parents n'ont pu mettre fin à ces violences, même s'ils n'en sont pas les auteurs, la situation entre dans le cadre d'intervention de la protection de l'enfance, les parents étant considérés comme défaillants car ils n'ont pas pu protéger leur enfant en mettant un terme à ces actes de violence répétés.

Enfin, l'enquête EVS permet de savoir si la personne interrogée a bénéficié d'une prise en charge durant son enfance (établissement ou structure d'accueil de l'ASE ou de la PJJ, mesure d'AED ou d'AEMO, famille d'accueil). Au cours de l'entretien, cette question était posée avant celles qui portent sur l'occurrence des violences, dans le déroulement des éléments de contexte biographique ; par conséquent, il n'est pas possible de faire directement le lien entre telle ou telle atteinte violente subie durant l'enfance et une éventuelle mesure de protection de l'enfance qui découlerait de ces violences. Parmi l'ensemble des enquêtés, la prise en charge concerne 3,0 % des hommes et 3,5 % des femmes.

L'analyse des violences subies durant l'enfance, à travers les données de l'enquête EVS, se limitera ici aux personnes enquêtées âgées de 20 ans ou plus. En effet, l'enquête se partageait entre les événements subis au cours des deux dernières années et ceux subis durant la vie entière, à l'exception des deux dernières années. Les enquêtés âgés de moins de 20 ans lors de l'enquête peuvent donc avoir subi des violences durant l'enfance au cours des deux dernières années précédant l'enquête. Pour observer les événements durant l'enfance, ces enquêtés, âgés de moins de 20 ans, ne seront pas considérés dans les analyses suivantes.

Le tableau 2 présente la proportion de personnes déclarant avoir subi des violences de manière durable avant d'avoir atteint l'âge de 20 ans, selon le type de violence et la prise en charge. Si on ne peut relier directement une mesure de prise en charge à un évènement violent donné, on note cependant une proportion beaucoup plus importante de personnes déclarant avoir

souffert d'un grave manque d'affection ou avoir subi des violences physiques ou sexuelles parmi les personnes déclarant avoir été prises en charge par l'ASE ou la PJJ. On peut donc aisément faire le lien entre les violences et une prise en charge qui en découlerait, hormis dans le cas des carences affectives qui pourraient être une conséquence et non pas une cause de la prise en charge, notamment dans le cas où l'enfant aurait été séparé de sa famille pour être placé en établissement ou en famille d'accueil.

TABLEAU 2

Proportion de personnes déclarant avoir subi des violences de manière durable durant l'enfance ou l'adolescence, selon le sexe, le type de violence et la prise en charge (en %)

	Grave manque d'affection	Violences physiques	Violences sexuelles
Ensemble des hommes	11,6 %	15,0 %	0,2 %
Hommes ayant bénéficié d'une prise en charge	49,1 %	31,3 %	0,6 %
Ensemble des femmes	16,7 %	8,4 %	2,5 %
Femmes ayant bénéficié d'une prise en charge	57,8 %	28,2 %	13,7 %
Ensemble	14,2 %	11,6 %	1,4 %
Ensemble ayant bénéficié d'une prise en charge	54,0 %	29,5 %	8,1 %

Lecture • 2,5 % de l'ensemble des femmes âgées de 20 à 75 ans déclarent avoir subi des violences sexuelles de manière répétée durant l'enfance. 13,7 % des femmes qui ont été prises en charge par l'ASE ou la PJJ déclarent avoir subi des violences sexuelles de manière répétée durant l'enfance.

Champ • Hommes et femmes âgés de 20 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire (hors institutions).

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Si la proportion de personnes déclarant des violences durant l'enfance ou l'adolescence est plus élevée parmi les personnes ayant bénéficié d'une prise en charge par l'ASE ou la PJJ, il est également intéressant d'observer le phénomène à l'envers, à savoir : parmi les personnes ayant souffert de violences durant ces périodes, quelle est la proportion de ceux qui ont bénéficié d'une prise en charge (tableau 3) ?

Le lien entre violence vécue et prise en charge est moins évident lorsque l'on interroge uniquement les personnes ayant vécu ces violences. En effet, même si les femmes déclarent plus que les hommes avoir bénéficié d'une prise en charge par l'ASE ou la PJJ, les taux de prise en charge restent faibles, quel que soit le sexe et quel que soit le type de violence subie. Ainsi par exemple, moins de 8 % des hommes qui déclarent avoir subi des violences sexuelles de manière durable pendant l'enfance ont bénéficié d'une mesure de placement ou d'aide en milieu ouvert.

Les maltraitances de type « grave manque d'affection » et même « violences physiques » sont difficiles à appréhender dans le cadre d'une recherche sur l'estimation des enfants en danger. On peut à cet égard rappeler que, dans le questionnaire de l'ENVEFF, la question portant sur les violences physiques subies avant la dernière année précédant l'enquête n'a finalement porté que sur la période postérieure aux 18 ans de l'enquêtée, pour éviter de possibles confusions, dans les réponses, entre les « fessées éducatives » et les « vraies » violences physiques.

TABLEAU 3

Proportion de personnes déclarant avoir été prises en charge par l'aide sociale à l'enfance, parmi celles déclarant avoir subi des violences de manière durable pendant l'enfance ou l'adolescence (en %)

	Grave manque d'affection	Violences physiques	Violences sexuelles
Hommes	12,5	6,1	7,8
Femmes	12,7	12,3	19,7
Ensemble	12,6	8,5	18,8

Lecture • 12,5% des hommes déclarant avoir souffert d'un grave manque d'affection avant l'âge de 20 ans ont bénéficié d'une prise en charge durant l'enfance.

Champ • Hommes et femmes âgés de 20 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire (hors institutions).

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Lors de la passation du questionnaire de l'enquête EVS, les enquêteurs avaient pour consigne d'« inviter (l'enquêté-e) à juger lui (elle)-même, subjectivement, s'il (elle) a[vait] subi ou non ce dont vous lui parlez » [10]. Cette consigne accompagnait les efforts réalisés pour que le libellé des questions décrive des faits ou événements en des termes concrets et illustrés, permettant ainsi d'objectiver du mieux possible des réponses déterminées de toute façon subjectivement par les enquêtés[11].

L'analyse des croisements entre violences subies, état de santé et événements difficiles émaillant le parcours biographique des individus[12] montre que les personnes qui disent avoir subi des atteintes physiques tôt dans leur vie ou qui déclarent avoir gravement manqué d'affection au cours de certaines époques de leur existence se concentrent dans les groupes qui cumulent les difficultés (affectives, sociales, économiques, etc.) : ceci laisse à penser que, si subjectives soient les réponses à des questions portant sur diverses brutalités physiques endurées ou sur des souffrances psychologiques ressenties parce que l'on a manqué d'affection, les questions ont tout de même été comprises dans un sens assez « fort ». Autrement dit, il semble que, le plus souvent, les enquêtés se situent assez loin du registre de la « petite fessée » vite oubliée ou du chagrin passager, et rapportent un contexte de vie très « chargé ». Même si des précautions ont par conséquent été prises pour que les déclarations recueillies par les enquêteurs n'attrapent pas le « tout venant » des « petites fessées », qu'il vaut sans doute mieux éviter d'aborder quand on parle d'enfance en danger, nous avons choisi de centrer notre analyse sur les agressions sexuelles, en laissant de côté les graves carences affectives et les atteintes physiques qui ont été rapportées. Cela restreint nécessairement la portée du propos, ne serait-ce que parce que l'effectif de répondants sur lequel il est possible de travailler s'en trouve considérablement réduit. Mais l'analyse prend le parti de se limiter ici aux atteintes sexuelles notamment parce qu'il serait plus délicat de catégoriser les autres types de violence dans la catégorie des enfants en danger sans qu'une évaluation de la situation par un professionnel de la protection de l'enfance, et donc du rôle des parents, ait été menée.

Plus de 80 % des personnes qui ont subi des violences sexuelles répétées durant leur enfance n'ont pas été prises en charge

Au total, 0,2 % des hommes (n=17[13]) et 2,5 % des femmes (n=154) déclarent avoir subi des violences sexuelles de manière durable avant l'âge de 20 ans. Parmi ces personnes, une très faible part a été prise en charge par les services de protection de l'enfance : c'est le cas de seulement 8 % des hommes et 20 % des femmes ayant déclaré ces violences. Selon les résultats de l'enquête EVS, ce sont donc 0,2 % des hommes et 2,0 % des femmes âgés de 20 à 75 ans en 2005-2006 qui auraient vécu des violences sexuelles de manière répétée durant l'enfance ou l'adolescence, sans pour autant avoir été repérés comme « en danger » par le système. La proportion de victimes, qu'elles aient été prises en charge ou non, varie de 1,3 % pour les enquêtés âgés de plus de 35 ans à 1,7 % chez les moins de 35 ans (graphique 1). De fortes différences sont observées entre les sexes puisque, chez les femmes, cette proportion varie de

10. Il s'agit d'une des formulations de la consigne « globale » ou « générale » qui était accompagnée, dans les documents d'appui reçus par les enquêteurs et dans la formation que ceux-ci recevaient, de nombreux cas « pratiques », illustrations détaillées de mises en situation appuyées sur les problèmes rencontrés lors des étapes de test de l'enquête.

11. Sur ces questions, voir l'article consacré dans cet ouvrage aux problèmes généraux de méthode entourant l'enquête, p. 53.

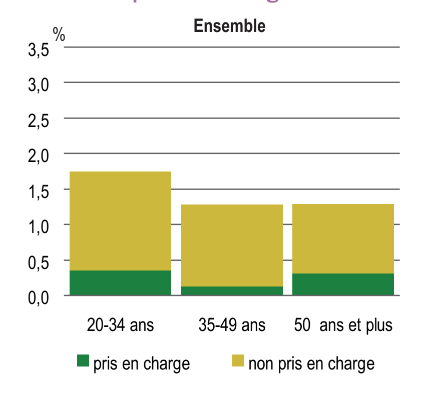
12. Voir l'article p. 171.

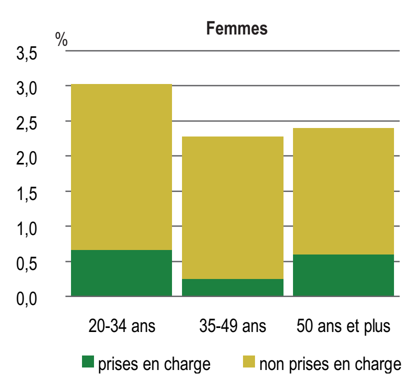
13. Les résultats indiqués dans l'article sont pondérés, pour représenter l'ensemble de la population. On indique ici la taille de l'échantillon concerné, pour inciter à la prudence sur l'interprétation des résultats et expliquer pourquoi les données sont fortement regroupées, faute d'effectifs suffisants pour un détail statistiquement robuste.

moins de 2,3 % pour la classe d'âge centrale (35-49 ans) à 3 % pour les femmes âgées de 20-34 ans lors de l'enquête. Chez les hommes, les écarts en fonction de l'âge à l'enquête sont plus faibles (de 0,1 % à 0,4 %), mais les effectifs de personnes déclarant avoir subi des violences sexuelles de manière répétée avant l'âge de 20 ans sont moins élevés que pour les femmes et les variations ne sont pas significatives.

Graphique 1

Proportion de personnes déclarant avoir subi des violences sexuelles de manière durable avant l'âge de 20 ans (à l'exclusion des deux ans précédant l'enquête), selon l'existence ou non d'une prise en charge durant l'enfance





Lecture • Parmi les femmes de 20-34 ans, 0,7 % déclarent avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 20 ans de manière répétée et avoir bénéficié d'une prise en charge en accueil ou en milieu ouvert, et 2,4 % déclarent avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 20 ans de manière répétée sans avoir bénéficié de prise en charge.

Champ • Hommes et femmes âgés de 20 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire (hors institutions).

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

D'après les données de l'enquête EVS, on estime qu'au total, 2,5 % des femmes ont subi des violences sexuelles de manière durable durant l'enfance. D'après les hypothèses énoncées précédemment, ces violences seraient plus souvent perpétrées dans le cadre familial ou par des personnes que l'enfant connaissait. Ces résultats concordent avec ceux de l'enquête CSF, qui montre que 27 % des femmes de plus de 40 ans ayant subi des violences sexuelles durant l'enfance incriminent directement leur père, leur beau-père ou un autre membre de la famille. Si l'on applique ces 27 % aux 8,8 % de victimes de violences sexuelles durant l'enfance (Bajos et Bozon, 2008), de manière répétée ou non, on obtient alors 2,4 % de femmes ayant subi des violences sexuelles durant l'enfance et dont l'auteur serait un membre de leur famille.

Ces données sont néanmoins à interpréter avec prudence car les violences durant l'enfance sont probablement sous-estimées. En effet, quelques personnes n'ont pas répondu à cette question : 5 personnes ont refusé, 6 ont dit ne pas savoir. D'autres ont répondu « non » dans l'entretien en face à face, puis ont donné une autre réponse à la fin de l'enquête, dans le questionnaire auto-administré[14] : au total, après pondération, 2 % des hommes et 3 % des femmes ont déclaré avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie sans les avoir déclarées dans

14. À la fin de l'enquête, le questionnaire était passé en mode auto-administré par ordinateur et non plus en face à face avec l'enquêteur, ce qui permettait aux enquêtés, s'ils le souhaitaient, de corriger leurs réponses données dans un premier temps à propos des rapports sexuels forcés (ou tentatives), toutes périodes de leur vie incluses.

le questionnaire en face à face. On ne peut cependant pas savoir si ces violences se sont produites durant l'enfance[15] ni si elles se sont produites de manière répétée. Par ailleurs, pour estimer les violences sexuelles qui se seraient produites dans le cadre familial, nous avons limité l'analyse aux violences durables : les violences sexuelles qui ne se seraient pas produites de manière répétée ne sont donc ici pas observées.

Parmi les femmes déclarant avoir subi des violences sexuelles de manière durable avant l'âge de 20 ans, 24 % déclarent qu'il s'agissait de rapports sexuels forcés, 76 % d'attouchements et 30 % de tentatives de rapports sexuels forcés[16]. Parmi les femmes déclarant avoir subi des rapports sexuels forcés, 38 % ont été prises en charge durant l'enfance par une mesure de protection (placement ou milieu ouvert).

Conclusion

La plupart des enquêtes statistiques en population générale qui permettent de connaître les violences subies apportent des informations sur la période de l'enfance, mais sans répondre avec précision à la question du nombre d'enfants maltraités non repérés par les services de protection de l'enfance. L'enquête EVS a permis de montrer, à partir d'un exemple sur un type de violence, à savoir les violences sexuelles, la faible part de prise en charge par le système malgré la gravité de tels actes : seules 19 % des victimes de violences sexuelles répétées pendant l'enfance ou l'adolescence disent avoir été prises en charge. Ces résultats sont établis à partir de l'interrogation rétrospective d'adultes, en population générale. Ils pourraient être complétés par une interrogation auprès d'enfants. Mais une telle investigation ne semble cependant aujourd'hui pas justifiée du fait des difficultés matérielles et juridiques, ainsi que du coût élevé d'un tel type d'enquête, sans aucune garantie sur les bénéfices de l'exploitation des résultats.

Bibliographie

Bailleau G., Trespeux F., 2009, « Bénéficiaires de l'aide sociale des départements en 2007 », *Document de travail*, DREES, série Statistiques, n°130, avril, 105 p.

Bajos N., Bozon M. (sous la dir. de), 2008, *Enquête sur la sexualité en France*. *Pratiques, genre et santé*, La Découverte, 610 p.

Cavalin C., 2007, « Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé (1/2) », *Études et Résultats*, DREES, n° 598, septembre, 8 p.

Frechon I., Guyavarch E., Halifax J., 2009, « État des lieux de l'enfance en danger : sources et données disponibles en France », *Santé, Société et Solidarité : Violence et maltraitance envers les enfants*, n°1, p. 39-47.

Guyavarch E., 2008, « Une estimation du “ chiffre noir ” de l'enfance en danger par le biais des enquêtes de victimation », *Note de l'Oned*, n°1, septembre, 6 p.

15. On sait juste si elles sont ou non antérieures aux deux années qui ont précédé l'enquête.

16. Le total est supérieur à 100% puisqu'une même personne peut déclarer plusieurs types d'atteintes.

Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A., 2003, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, La Documentation française, 370 p.

Marquet L., Guyavarch E., Halifax J., 2008, « Mise en place d'un système d'observation longitudinale des enfants en danger », *in* Guilbert P., Haziza D., Ruiz-Gazen A. et Tillé Y. (sous la dir. de), *Méthodes de sondage, Cours et cas pratiques*, Dunod, p.58-62.

ONED, 2005, « La mise en cohérence des données chiffrées en matière d'enfance en danger », *Premier rapport annuel au Parlement et au gouvernement de l'Observatoire national de l'enfance en danger*, chap. II, septembre 2005, p. 36-54.

ONED, 2006, « La mise en cohérence des données chiffrées en matière d'enfance en danger », *Deuxième rapport annuel au Parlement et au gouvernement de l'Observatoire national de l'enfance en danger*, chap. II, décembre, p. 40-60.

ONED, 2007 « Exploitation des sources existantes sur les enfants et les jeunes pris en charge en protection de l'enfance », *Troisième rapport annuel au Parlement et au gouvernement de l'Observatoire national de l'enfance en danger*, chap. II.1, décembre, p. 39-52.

ONED, 2008, « Amélioration de la connaissance chiffrée de l'enfance en danger », *Quatrième rapport annuel au Parlement et au gouvernement de l'Observatoire national de l'enfance en danger*, chap. II, décembre, p. 50-62.

ONED, 2010, « Connaissance chiffrée de l'enfance en danger », *Cinquième rapport annuel de l'Observatoire national de l'enfance en danger remis au Parlement et au gouvernement,* chap. II, avril, p. 62-77.

Tursz A., Gerbouin-Rérolle P., 2008, *Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France*, Lavoisier, 220 p.

Le placement durant l’enfance et le risque d’exposition aux violences à l’âge adulte

Jean-Marie FIRDION et Isabelle PARIZOT

Ce chapitre étudie, à partir de l’enquête EVS, les liens entre les situations d’adversité vécues durant l’enfance, en particulier le placement en foyer collectif ou en famille d’accueil, et le risque d’avoir subi une agression au cours des deux années précédant l’enquête, tout en tenant compte des éléments du contexte présent. Avoir vécu des situations de précarité et de violence augmente significativement le risque d’avoir été placé.

Dans le cas des hommes, le placement (en particulier en foyer collectif) constitue en lui-même un facteur de risque d’être exposé à des violences à l’âge adulte. Certaines caractéristiques socio-économiques à l’âge adulte comme l’insatisfaction au travail pour les hommes ou le fait d’occuper un emploi pour les femmes augmentent également le risque d’agressions physiques ou verbales récentes. Les femmes qui consomment des antidépresseurs déclarent également plus souvent avoir subi des violences.

Ces résultats établissent donc un lien entre les violences subies récemment et le passé difficile des personnes, en pointant le risque que constituent les difficultés économiques dans la famille d’origine et le placement, ainsi que, à l’âge adulte, un milieu professionnel peu épanouissant. Contrairement à ce que l’on observe pour les personnes sans domicile ayant été placées durant leur enfance, les problèmes de santé de la mère n’ont pas d’effets significatifs sur le risque d’avoir été placé parmi les personnes « logées ». En revanche, pour les deux populations, les situations d’adversité durant l’enfance ont un effet semblable sur le risque d’avoir été placé et d’avoir subi des agressions récentes.

Être placé durant sa jeunesse constitue un « événement » dans la vie d'une personne, du fait de la séparation brutale d'avec sa famille, du mode d'accueil proposé par le système de protection de l'enfance, ou du contexte qui a précédé et causé cette mesure (décès d'un parent, maltraitance, négligence, habitat insalubre, décision de justice, etc.). Les situations sont variées : placement dès la prime enfance ou l'adolescence, durant quelques mois ou plusieurs années, dans une famille d'accueil ou une institution (maison d'enfants à caractère social, foyer d'urgence, centre d'accueil de la protection judiciaire de la jeunesse – PJJ, etc.), avec ou non des retours dans la famille naturelle (Frechon, 2001 ; Jacob *et al.*, 1998). Les jeunes peuvent trouver dans la famille ou le foyer d'accueil un environnement plus propice à leur épanouissement, échappant ainsi à une famille dysfonctionnelle, ou bien, au contraire, ne pas comprendre la raison de cette mesure qui les coupe de leur famille ou ne répond pas à leur attente, voire à leurs besoins (Bruskas, 2008 ; Maïlat, 1999). Dans ce dernier cas, la souffrance qui en résulte peut conduire à des troubles dépressifs et à des comportements à risque, notamment suicidaires (Gadot et Tcherkessof, 2003 ; Pronovost et Leclerc, 2002).

Des travaux conduits auprès de personnes placées ont mis en évidence que leurs résultats scolaires étaient faibles (Blome, 1997 ; Buehler *et al.*, 2000 ; Burley et Halpern, 2001) et qu'elles présentaient davantage de troubles psychologiques (DosReis *et al.*, 2001; Lawrence *et al.*, 2006 ; Takayama *et al.*, 1994) que les personnes non placées (de même origine sociale, même âge, etc.). On comprend alors que l'étape de transition vers l'âge adulte leur soit plus difficile à franchir, d'autant que ces jeunes ne sont pas ou peu soutenus par leur famille (Courtney et Dworsky, 2006 ; Dazord, 2001 ; Dworsky et Courtney, 2009 ; Avery et Freundlich, 2009 ; Pecora *et al.*, 2006 ; Wertheimer, 2002). Les personnes ayant été placées présentent ainsi une probabilité plus grande de connaître une période de vie sans domicile à l'âge adulte. Ces résultats ont été observés en France comme aux États-Unis (Koegel *et al.*, 1995 ; Marpsat *et al.*, 2000 ; Penzerro, 2003). Ces observations rejoignent de nombreux travaux qui ont montré dans différents contextes culturels, d'une manière plus générale, l'influence des événements difficiles vécus durant l'enfance et l'adolescence sur le bien-être à l'âge adulte, en particulier parmi les populations défavorisées (Chauvin et Parizot, 2007 ; Frederik et Goddard, 2007 ; Paugam, 2005a ; Poulton *et al.*, 2002).

L'enquête Événements de vie et santé (EVS), par son questionnement rétrospectif détaillé, nous offre l'occasion d'explorer les liens entre le placement durant l'enfance et la situation à l'âge adulte, en tenant compte des événements difficiles vécus durant l'enfance. Nous nous intéresserons ici aux agressions subies durant les vingt-quatre derniers mois. Lors d'une précédente étude sur une population sans domicile, nous avions souligné l'influence des événements difficiles vécus durant l'enfance (notamment le placement) sur la vulnérabilité aux agressions verbales et physiques à l'âge adulte (Firdion, 2006 et 2007). Il s'agira ici d'élargir l'analyse et de comparer ces résultats à ceux obtenus auprès de la population logée.

Le placement, une situation parmi d'autres événements difficiles durant l'enfance

Le module « vie familiale » de l'enquête EVS passe en revue une quinzaine de situations difficiles que les enquêtés ont pu vivre avant l'âge de 20 ans (tableau 1). Nous les appellerons des situations d'« adversité durant l'enfance ». Il peut s'agir d'un événement bref, par exemple la mort précoce d'un parent, dont les effets peuvent être durables, ou d'une situation qui s'inscrit dans une longue période, par exemple une carence affective. Nous avons restreint l'échantillon aux personnes âgées de 20 à 60 ans (inclus), de façon à travailler sur une population relativement homogène : ainsi, la durée d'exposition au risque d'avoir vécu une situation difficile « avant 20 ans » est la même pour l'ensemble de ces personnes, elles sont toutes nées après la seconde guerre mondiale et sont potentiellement présentes sur le marché du travail. L'effectif total de l'échantillon atteint dès lors 7 361 enquêtés, soit 3 174 hommes et 4 184 femmes.

Parmi les personnes interrogées, les hommes déclarent en moyenne 1,2 situation d'adversité (46 % n'en ont connu aucune, les autres en ayant vécu 2,3 en moyenne) et les femmes 1,4 (41 % n'en ont connu aucune, les autres en ayant déclaré 2,4 en moyenne).

Le placement durant l'enfance ou l'adolescence est un événement rare qui touche 2,4 % des hommes et 3,0 % des femmes[1]. Ses répercussions à l'âge adulte peuvent varier selon les circonstances qui sont à l'origine du placement ou la manière dont le placement lui-même a été vécu (Firdion, 2004 ; Frechon, 2001). L'analyse se heurte donc à la difficulté de distinguer les effets des événements qui ont pu causer le placement, de ceux du placement en soi. Cela implique d'identifier, puis de prendre en compte les situations d'adversité durant l'enfance qui sont significativement liées au placement, afin de pouvoir déterminer si le placement a un effet propre, indépendant des autres situations d'adversité durant l'enfance, sur la probabilité d'avoir subi une agression à l'âge adulte. Des régressions logistiques, permettant une analyse « toutes choses égales par ailleurs », ont été réalisées de façon distincte pour les femmes et pour les hommes, le contexte du placement différant selon le genre – notamment ses motifs et les parcours institutionnels qui s'ensuivent (tableau 2).

Les informations dont nous disposons sur la jeunesse des enquêtés ont été introduites dans les modèles (tableau 1). Parmi ces variables, seules celles qui présentent un effet significatif au moins au seuil de 5 % figurent dans les modèles présentés. Par ailleurs, afin d'estimer l'influence des situations d'adversité durant l'enfance à contexte comparable, nous avons systématiquement pris en compte l'âge de l'enquêté (pour tenir compte d'un éventuel effet de génération), la profession de son père ou de sa mère (ouvrier *versus* les autres catégories socioprofessionnelles), ainsi que la nationalité de son père : dans certains contextes culturels, des membres de la famille « étendue » peuvent prendre en charge un enfant, en cas de décès d'un parent ou de difficultés familiales – c'est aussi un indicateur de risque de discrimination.

Tableau 1

Situations d'adversité vécues durant l'enfance (avant 20 ans)

Situations d'adversité durant l'enfance	Hommes	Femmes
Maladie, accident grave ou handicap d'un parent (père ou mère)	9,5	11,8
Tentative de suicide ou suicide d'un proche (père/mère ou frère/sœur)	2,0	3,4
Décès précoce d'un parent (père ou mère)	11,0	12,8
Divorce/séparation des parents	9,7	9,8
Graves tensions ou climat de violence entre les parents	15,9	19,2
Conflit très grave entre un (vos) parents(s) et vous	7.0	9,9
Avoir vécu des difficultés ou des privations matérielles	8,3	9,3
Période de chômage d'un parent durant plus de 6 mois consécutifs	7,5	8,0
Drogue ou alcoolisme dans la famille	8,8	11,9
Placement en institution ou en famille d'accueil	2,4	3,0
Avoir souffert d'un grave manque d'affection	12,5	18,1
Quelqu'un vous a dénigré, a cherché à vous dévaloriser ou à se moquer de vous de manière insistante, blessante	11,7	12,4
Avoir subi des attouchements sexuels, des tentatives de rapports sexuels forcés ou des rapports sexuels forcés	1,2	7,0
Avoir subi des gifles, des coups, des brutalités diverses	18,8	11,2
Avoir subi des violences physiques ou sexuelles	19,2	16,1
Avoir vécu au moins une adversité durant l'enfance ou l'adolescence	54,0	58,7

Lecture • 9,5% des hommes interrogés ont eu, durant leur jeunesse (avant 20 ans), un père ou une mère atteint(e) d'une maladie, etc.
Champ • Personnes âgées de 20 à 60 ans résidant en France en ménage ordinaire.
Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), 2005-2006, DREES.

1. Estimation pour la France métropolitaine à partir de l'échantillon de l'enquête EVS.

TABLEAU 2

Le placement durant la jeunesse : résultats des régressions logistiques, par sexe

	Hommes (n=3177)			Femmes (n=4184)	
	Odds ratios	Significativité		Odds ratios	Significativité
Caractéristiques sociodémographiques			**Caractéristiques sociodémographiques**		
Âge 30-39 ans	0,868	ns	Âge 30-39 ans	1,346	ns
Âge 40-49 ans	1,923	ns	Âge 40-49 ans	1,347	ns
Âge 50-60 ans	2,008	ns	Âge 50-60 ans	2,122	*
Parent ouvrier	0,875	ns	Parent ouvrier	0,751	ns
Père de nationalité étrangère	1,087	ns	Père de nationalité étrangère	0,39	*
Situations d'adversité avant 20 ans			**Situations d'adversité avant 20 ans**		
Pauvreté-privations	3,224	***	Pauvreté-privations	4,863	***
Chômage d'un parent	3,282	***	Violence durant jeunesse	4,371	***
Décès précoce d'un parent	2,575	***			
Dénigrements	4,361	***			
Addiction dans la famille	2,071	**			

ns: non significatif ; * significatif au seuil de 5% ; ** significatif au seuil de 1% ; *** significatif au seuil de 1 pour 1000.

Lecture • À âge, profession des parents, nationalité du père et autres situations d'adversité vécues pendant l'enfance identiques, les femmes ayant connu une période de difficultés matérielles avant 20 ans ont 4,9 fois plus de risque d'avoir vécu un placement que les femmes qui n'en ont pas connu (la probabilité de rejeter à tort l'hypothèse d'indépendance est inférieure à 1 pour 1000).

Champ • Personnes âgées de 20 à 60 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), 2005-2006, DREES.

La précarité socio-économique et les violences augmentent significativement le risque d'avoir été placé

Parmi les événements difficiles vécus durant la jeunesse, la carence affective a un effet important : elle augmente de 6,5 fois le risque d'être placé pour les hommes et de près de 4 fois pour les femmes[2]. Cependant, l'analyse de cet effet est rendue difficile par le fait que la carence affective peut être une cause ou une conséquence du placement[3] (Schofield et Beek, 2009). Nous manquons d'informations pour établir la chronologie précise de ces deux types d'événements (nous disposons des âges pour les carences affectives et de tranches d'âge assez larges pour le placement), ce qui nous empêche de distinguer ce qui est antérieur de ce qui est postérieur à la décision de placement. On peut seulement observer, en comparant des périodes assez grossières (avant 11 ans et à partir de 11 ans) que, dans la très grande majorité des cas, les carences affectives ont été vécues durant les mêmes périodes que le placement : cela ne permet pas de dire dans quel ordre se sont déroulés les événements. Aussi cette variable, endogène[4], n'a pas été introduite dans le modèle.

Les personnes ayant été placées déclarent aussi plus souvent avoir vécu au cours de leur jeunesse, d'une part, des situations douloureuses (dénigrement et dévalorisation pour les hommes ainsi que décès précoce d'un parent, violences physiques ou sexuelles pour les femmes) et, d'autre part, des situations de précarité socio-économique (pauvreté ou privations pour les hommes et les femmes, chômage d'un parent pendant plus de six mois continus

2. Modèle logistique non présenté ici.

3. 59% des hommes et 62% des femmes ayant connu le placement déclarent une carence affective durant leur jeunesse (contre 11% des autres hommes et 17% des autres femmes).

4. Le fait d'avoir ou non vécu des carences affectives est dit endogène à la variable d'intérêt du modèle, avoir ou non été placé : ces carences peuvent influencer la variable d'intérêt mais aussi être influencées par celle-ci.

pour les hommes). De plus, les femmes qui ont ou ont eu un père de nationalité étrangère ont nettement moins de risque d'avoir été placées (environ 2,5 fois). Les hommes dont les parents ont connu des problèmes avec l'alcool ou la drogue encourent, quant à eux, un risque deux fois plus important d'avoir été placés.

Nous retrouvons ici les causes habituelles du placement en institution ou famille d'accueil, à savoir les mauvais traitements, les négligences ou les mises en péril du mineur (notamment dans un contexte familial marqué par l'usage de substances psychoactives), mais aussi les conditions socio-économiques défavorables de la famille. Ainsi, quand ils ont vécu des situations de pauvreté avant l'âge de 20 ans, les hommes ont 3 fois plus de risque et les femmes 5 fois plus de risque d'avoir été placés que les personnes n'ayant pas connu cette situation[5]. Le manque de ressources économiques (ou d'emploi stable) de la famille influe en effet sur les décisions de placement des intervenants sociaux et des magistrats (Maïlat, 1999 ; Oui et Saglietti, 1993), ce qui peut s'interpréter comme le désir d'éloigner l'enfant d'un contexte dans lequel il court un danger physique ou moral. Outre le risque de comportements inadaptés (Kiser et Black, 2005), le stress économique peut en effet altérer la santé des parents ou précipiter une rupture familiale (Goodman *et al.*, 2005 ; Paugam, 2005a ; Tracy *et al.*, 2008 ; Wadsworth et DeCarlo Santiago, 2008), de même que la pauvreté contribue à priver l'enfant d'un environnement favorable (Felner *et al.*, 1995 ; Frederick et Goddard, 2007 ; Paugam, 2000). Les inégalités socio-économiques, qui se manifestent dès l'enfance, se traduisent ainsi notamment par le placement plus fréquent des enfants issus de milieux ayant des difficultés économiques – même si l'accent est officiellement mis sur le maintien des enfants dans leur environnement (Ruault *et al.*, 2001).

Les problèmes de santé de la mère, un facteur de risque du placement chez les sans-domicile mais pas chez les personnes logées

Ces résultats peuvent être comparés avec ceux obtenus auprès d'un échantillon représentatif de personnes sans domicile dans l'enquête réalisée par l'INSEE en France métropolitaine en 2001 : parmi les personnes sans domicile nées en Europe ou arrivées en France avant 16 ans, 28 % des hommes et 32 % des femmes déclarent avoir été placés durant leur enfance ou leur jeunesse. Chez les sans-domicile, la maladie, le handicap ou un accident grave de la mère accroît de 1,6 à 2,4 fois le risque d'avoir été placé. Or, d'après l'enquête EVS, cette caractéristique n'a pas d'effet significatif parmi les personnes logées. Au cours des jeunes années, les problèmes graves de santé de la mère pourraient ainsi favoriser un mode de prise en charge particulier (par exemple, davantage de placements en foyer d'urgence qu'en famille d'accueil, ou des placements répétés entraînant une certaine instabilité), qui expliquerait une difficulté plus grande d'autonomisation et d'accès au logement à l'âge adulte ; cette question mériterait d'être explorée dans de futures études. Une autre divergence apparaît : le fait d'avoir un père né à l'étranger diminue la probabilité du placement (1,7 fois moins de risque) chez les hommes sans domicile mais pas chez les femmes sans domicile (Firdion, 2006, p. 96) ; en revanche, ce facteur n'a pas d'influence dans le cas des hommes logés, tandis qu'il diminue ce risque parmi les femmes en logement ordinaire (2,6 fois moins de risque). Il semble que se trouvent en jeu, dans ces différences entre personnes logées et sans domicile ayant connu le placement, des effets de sélection et, sans doute, des effets de discrimination dans l'accès au logement et à l'emploi stable. Cependant, le nombre de personnes ayant été placées est faible, ce qui invite à la prudence dans les commentaires. Parmi les personnes logées comme parmi celles sans

5. Dans certains cas, il peut s'agir de précarité rencontrée vers 18-19 ans par un jeune ayant accédé à l'indépendance, mais le plus souvent, il s'agit de la précarité de sa famille. Dans la suite du commentaire et compte tenu de la littérature à ce sujet, nous interprétons donc le plus fort risque de placement parmi les personnes ayant connu des privations matérielles avant 20 ans comme lié à la précarité de sa famille d'origine.

domicile, les périodes de pauvreté (« gros problèmes d'argent ») et la violence (« problème de violence dans la famille ») renforcent significativement la probabilité d'avoir été placé ; ce passé de précarité et de violences n'est pas spécifique aux personnes qui se sont ensuite trouvées sans domicile, même s'il est plus fréquemment rencontré chez celles-ci.

La recherche de caractéristiques en lien avec le fait d'avoir subi une agression récente

Les agressions ont une influence sur la santé et le bien-être des individus, avec des répercussions importantes sur leur vie sociale et sur leur entourage (Jaspard *et al.*, 2003). Avoir subi une agression est aussi un indicateur de la vulnérabilité des personnes, notamment de leur propension à se mettre en danger (fréquenter des lieux où peuvent avoir lieu des bagarres) et de leur manque de compétences sociales (ne pas savoir éviter un affrontement ou désamorcer un conflit par exemple). Nous cherchons ici à identifier les caractéristiques passées et présentes associées au risque d'avoir subi une agression dans les vingt-quatre mois précédant l'enquête.

En France métropolitaine, 20,4 % des hommes (soit 668 personnes dans l'échantillon) et 21,5 % des femmes (936 personnes) déclarent avoir subi, au cours des vingt-quatre mois précédant l'enquête, une agression physique ou verbale[6]. Le tableau 3 présente les résultats des régressions logistiques menées pour les hommes et les femmes séparément, afin de tenir compte des effets de genre sur le risque d'avoir subi une violence ou d'avoir été placé. Nous avons pris en compte la vie en couple, dont on sait qu'elle diminue le risque d'agression, non seulement parce que les personnes sont moins isolées, mais aussi parce que les modes de vie diffèrent de ceux des célibataires : les hommes et les femmes en couple ont de fait 1,5 à 2 fois moins de risque d'avoir vécu une agression. Les modèles incluent également l'âge et les résultats confirment que les jeunes ont significativement plus de risque de déclarer avoir subi des violences (Cavalin, 2007). Les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS)[7] de même que les niveaux de diplôme n'ont pas d'effet significatif mais ont été conservés dans les modèles afin de raisonner à catégories de profession et de diplôme égales.

La consommation d'alcool n'apparaît pas significativement liée aux violences subies

Nous avons par ailleurs pris en compte la consommation de substances psychoactives au cours des douze derniers mois : suspicion de dépendance ou d'abus d'alcool (à partir des réponses aux questions du test DETA[8]) et consommation de cannabis. Outre le contexte de ces consommations qui augmente le risque d'altercations (situation sociale, environnement), ces substances altèrent le jugement et, par leur effet désinhibiteur, favorisent des comportements perturbateurs, agressifs ou intrusifs qui, en retour, peuvent déclencher des réactions violentes (Lagrange et Legleye, 2007 ; Shepherd *et al.*, 2006 ; Thompson *et al.*, 2008). Pour les

---

6. La question sur les agressions physiques était : « Vous a-t-on giflé, a-t-on exercé d'autres brutalités physiques contre vous, ou a-t-on tenté de le faire ? » et celle sur les agressions verbales : « Avez-vous été insulté, a-t-on proféré à votre encontre des cris, des menaces verbales, des injures ? »

7. Nous avons regroupé les ouvriers et les employés (55% des enquêtés) puisque les études récentes montrent leur proximité en termes de comportements (leurs odds ratios. sont en effet très proches). L'autre catégorie concerne les professions intermédiaires (23% des enquêtés). L'analyse se fait par rapport aux autres PCS (cadres, etc.) et inactifs n'ayant jamais travaillé.

8. Le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool, CAGE pour les Anglo-Saxons) est un outil utilisé pour détecter les troubles liés à la consommation d'alcool, qui semble avoir de bons résultats en ce qui concerne la dépendance à l'alcool en dépit de ses limites (Messiah *et al.*, 2008). Il établit une suspicion sérieuse d'alcoolisme dès lors que sur ses quatre questions, deux au moins obtiennent une réponse positive (O'Brien, 2008). Dans l'échantillon, cela concerne, au cours de l'année, 13,2 % des hommes et 3,8 % des femmes, soit des taux légèrement plus élevés que ceux obtenus lors du Baromètre santé 2005 qui estimait que 14% des hommes et 5 % des femmes, en population générale de 15 à 65 ans, avaient présenté des signes de dépendance à l'alcool au cours de leur vie (Beck *et al.*, 2007 ; voir aussi l'article p. 261).

femmes néanmoins, la consommation de cannabis ne figure pas dans le modèle, étant donné qu'elle est rarement déclarée par les femmes et que les résultats ne sont pas significatifs. En revanche, la consommation d'antidépresseurs a été introduite dans les modèles car elle peut rendre la personne plus vulnérable, bien qu'il puisse s'agir aussi d'une conséquence de la violence subie (Lagrange et Legleye, 2007). L'effet est significatif pour les femmes seulement, augmentant de 1,6 fois le risque de déclarer avoir subi des violences.

Nous n'observons pas d'effet significatif de la consommation d'alcool, bien que différents travaux aient indiqué un lien entre la violence subie et la consommation d'alcool par la victime

TABLEAU 3

Avoir subi une agression au cours des vingt-quatre derniers mois : résultats des régressions logistiques par sexe

	Hommes (n=3177)			Femmes (n=4184)	
	Odds ratios	Significativité		Odds ratios	Significativité
Situation actuelle			Situation actuelle		
Situation maritale			**Situation maritale**		
En couple	0,672	***	En couple	0,550	***
Âge			**Âge**		
30-39 ans	0,815	ns	30-39 ans	0,704	**
40-49 ans	0,713	*	40-49 ans	0,635	**
50-60 ans	0,575	**	50-60 ans	0,393	***
Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS)			**Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS)**		
Ouvrier ou employé	1,000	ns	Ouvrier ou employé	0,929	ns
Profession intermédiaire	0,878	ns	Profession intermédiaire	1,269	ns
Niveau de dipôme			**Niveau de dipôme**		
Pas de diplôme	0,825	ns	Pas de diplôme	0,920	ns
Bac et plus	1,129	ns	Bac et plus	0,835	ns
Consommation de substances psychoactives (douze derniers mois)			**Consommation de substances psychoactives (douze derniers mois)**		
Dépendance à l'alcool (DETA)	1,159	ns	Dépendance à l'alcool (DETA)	1,100	ns
Cannabis	1,394	*	Antidépresseurs	1,548	**
Caractéristiques socio-économiques			**Caractéristiques socio-économiques**		
Non satisfait de son métier	1,846	***	Exerce un emploi	1,259	*
			Au chômage	1,260	ns
Enfant d'immigrés	1,594	**	Enfant d'immigrés	1,488	**
Situations d'adversité avant 20 ans			Situations d'adversité avant 20 ans		
Dénigrement	1,715	***	Dénigrement	1,410	**
Violence subie	2,346	***	Violence subie	2,035	***
Addiction dans la famille	1,455	**	Conflit avec un parent	1,663	***
Chômage d'un parent	1,423	*	Pauvreté-privations	1,624	**
Placement	1,852	*			
Pauvreté-privations (1)	1,200	ns			
Décès précoce de parent (1)	1,076	ns			

ns: non significatif ; * significatif au seuil de 5% ; ** significatif au seuil de 1% ; *** significatif au seuil de 1 pour 1000.

(1) Ces variables liées au placement ont été ajoutées.

Lecture • Les hommes qui se déclarent pas satisfaits ou plutôt pas satisfaits de l'exercice de leur profession ont 1,85 fois plus de risque d'avoir connu le placement que ceux qui se déclarent globalement satisfaits.

Champ • Personnes âgées de 20 à 60 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), 2005-2006, DREES.

(Beck et Brossard, 2004 ; Michalski, 2005 ; Temple *et al.*, 2008). Ce constat perdure même si l'on ne s'intéresse qu'aux violences physiques[9]. En revanche, lorsque l'on exclut des modèles les situations d'adversité vécues durant la jeunesse, l'effet de la dépendance à l'alcool devient significatif au seuil de 5 % pour les hommes (OR=1,557, p=0,0310), et au seuil de 10 % pour les femmes (OR=1,833, p=0,0771). Des modèles logistiques montrent par ailleurs que la suspicion de dépendance alcoolique est significativement liée aux violences subies durant la jeunesse pour les hommes et à la carence affective durant la jeunesse pour les femmes (en contrôlant ces effets par les variables sociodémographiques, la consommation de cannabis et l'état dépressif). La consommation d'alcool serait donc, en partie du moins, le médiateur d'autres facteurs du risque de subir des violences physiques : les situations d'adversité durant l'enfance[10].

Les hommes insatisfaits de leur travail et les femmes occupant un emploi apparaissent plus exposés aux violences

Nous avons aussi testé l'effet de caractéristiques socio-économiques, au moment de l'enquête, des personnes interrogées. Après ajustement sur les autres variables (en particulier les situations d'adversité durant l'enfance), le fait d'être au chômage, de se trouver dans une situation de pauvreté monétaire et d'habiter dans une zone urbaine sensible n'ont pas de lien significatif avec le fait d'avoir subi une agression récente. En revanche, dans le cas des hommes, se déclarer « plutôt pas satisfait » ou « pas satisfait du tout » de sa profession actuelle ou de sa dernière profession multiplie par deux le risque d'avoir subi une agression dans les vingt-quatre derniers mois. On peut y voir la trace des contraintes professionnelles (*job strain*), du stress au travail, des conditions de travail pénibles qui dégradent l'état de bien-être et provoquent des symptômes émotionnels fragilisant les personnes (Chouanière, 2008 ; Melchior *et al.*, 2005 ; Paugam, 2000). Pour les femmes, ce n'est pas tant l'insatisfaction au travail que le fait même d'exercer un emploi qui expose à la violence : « toutes choses égales par ailleurs », celles qui occupent un emploi connaissent davantage d'agressions verbales ou physiques (1,25 fois plus de risque) que les femmes inactives, qui ne sont pas sur le marché du travail.

Par ailleurs, des travaux ont montré que les descendants d'immigrés déclarent plus fréquemment avoir été victimes de certaines catégories de violences (voir l'article p. 71). Cet effet apparaît significatif dans notre modèle (en le contrôlant par les autres variables présentes dans les modèles). Mais le nombre de personnes concernées étant faible (237 hommes et 287 femmes), les estimations sont à considérer avec prudence : dans le cas des femmes, avoir des parents immigrés augmente de 43 % le risque d'avoir subi récemment une violence par rapport à une femme ayant des parents français ; dans le cas des hommes, ce risque est accru de 59 % pour les fils d'immigrés. Il s'agirait moins de l'effet d'un environnement social violent, puisque le fait de résider en zone urbaine sensible n'a aucun effet et que l'on raisonne à PCS et classes d'âge égales, que de celui d'une discrimination.

Avoir subi des adversités avant 20 ans a des répercussions importantes sur l'exposition aux violences à l'âge adulte, chez les personnes logées comme chez celles qui sont dépourvues de domicile

En ce qui concerne les situations d'adversité vécues durant l'enfance, leur effet est important. En particulier, avoir vécu des violences (psychologiques, physiques et sexuelles) durant les

9. Modèle non présenté. Les effectifs concernés sont faibles et les résultats à prendre avec prudence.

10. Nous avons conduit les mêmes tests en utilisant l'indicateur issu du test AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test – Short form) qui mesure également l'abus d'alcool (Bradley *et al.*, 1998 ; Bush *et al.*, 1998), sans trouver d'effet significatif pour cette variable.

jeunes années a un effet négatif pour les hommes comme pour les femmes. On connaît les effets à long terme de telles violences (Jaspard *et al.*, 2003 ; Springer *et al.*, 2007), tant sur l'estime de soi, la santé physique et psychique, que sur les comportements à risque. Le fait d'être élevé dans une famille violente contrarie notamment l'acquisition de compétences sociales pour gérer les conflits de manière non violente et pour adopter des comportements de type coopératif (Clément et Stephan, 2006 ; Cyrulnik, 2003, p. 43-45 ; Johnson *et al.*, 2002). Outre les violences subies dans l'enfance, avoir vécu dans un environnement familial perturbé par des addictions, le chômage durable du père (dans le cas des hommes) ou la pauvreté (dans le cas des femmes) ont aussi des effets significatifs sur le risque de subir ultérieurement des violences.

Avoir été placé durant l'enfance accroît également la probabilité d'être exposé à des violences dans le cas des hommes. Afin de tester s'il s'agit d'un effet du placement en soi, nous avons introduit les autres situations d'adversité durant l'enfance, liées au modèle du placement (pour les hommes). La variable reste significative, indiquant 1,85 fois plus de risque d'avoir subi une agression récente. Certaines modalités du placement (notamment en foyer et institution) ont pu, dans le cas des hommes, contrarier leur apprentissage des compétences sociales évoquées plus haut et affecter leur confiance en eux-mêmes et en autrui (Daining et DePanfilis, 2007 ; Massinga et Pecora, 2004 ; Reilly, 2003), ce qui se traduirait à l'âge adulte par la multiplication d'épreuves de forces, tenant lieu de revanche (Bourdieu, 1993 ; Broccolichi et Œuvrard, 1993), ou par une attitude souvent méfiante ou hostile lors d'interactions sociales avec des personnes inconnues (Chen *et al.*, 2004).

L'effet du placement étant complexe, nous avons considéré chacune des deux formes principales de placement : en famille d'accueil et en foyer collectif. Les estimations pour ces deux formes de placement sont fragiles car les effectifs concernés sont très faibles. Nous ne présentons donc ces résultats qu'à titre de pistes à explorer. Le placement en famille d'accueil n'a pas d'effet significatif sur le risque d'avoir été agressé au cours des vingt-quatre derniers mois, alors que le placement en foyer collectif augmente nettement ce risque dans le cas des hommes[11]. Rappelons que cet effet doit être compris « à événements difficiles durant l'enfance égaux ». En revanche, le fait d'avoir bénéficié d'une mesure d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) n'a pas d'effet significatif[12].

Ces résultats portant sur la population logée sont relativement proches de ceux obtenus au sein de la population dépourvue de domicile. Dans cette dernière, nous retrouvons les conséquences négatives de la violence vécue durant l'enfance ainsi que celles du placement, dont l'effet est significatif tant pour les femmes cette fois-ci que pour les hommes (Firdion 2006, p. 101). Bien entendu, les contextes sont très différents. Les risques d'agression sont en outre beaucoup plus élevés dans cette population, surtout pour les femmes : 52 % d'entre elles (40% des hommes) ont subi une agression au cours des vingt-quatre derniers mois. Chez les hommes, le fait de dormir dans la rue ou dans un squat augmente fortement la probabilité d'avoir été agressé, alors que les femmes sans domicile ont surtout été victimes d'un conjoint violent, qu'elles ont fini par fuir. Contrairement à ce que l'on observe dans la population logée, la situation professionnelle n'a pas d'effet significatif sur le risque d'agression pour les personnes sans domicile : beaucoup n'occupent en effet pas d'activité salariée. Cependant, tout comme avec le placement durant l'enfance, la maladie grave et le handicap de la mère s'avèrent liés aux agressions subies à l'âge adulte chez les sans-domicile.

11. Pour les hommes, l'odds ratio (OR) est de 2,661 (p<0,01). Dans le cas des femmes, l'effet est significatif au seuil de 10% (OR=1,64) mais, compte tenu du faible effectif, ce seuil ne peut être pris en compte.

12. Cela concerne 101 personnes, dont 46,5% ont été également placées.

Conclusion

Les situations d'adversité vécues durant l'enfance résonnent encore dans la vie adulte des personnes qui les ont affrontées. Nous avons étudié leurs conséquences, en particulier celles liées au placement, sur le fait d'avoir subi, au cours des dernières deux années, des agressions physiques ou verbales. Cette analyse est limitée par l'absence de mesure de l'intensité de ces situations d'adversité et la méconnaissance de leur date exacte de survenue. L'effectif de l'échantillon n'était de surcroît pas assez important pour étudier les interactions entre les variables explicatives, dont certaines correspondent à des événements rares, ou pour prendre en compte des catégories détaillées (pour les PCS et les niveaux de diplôme). En outre, par souci de comparaison avec l'étude auprès des personnes sans domicile, nous avons classé dans une même catégorie les agressions verbales et physiques, alors qu'elles présentent des spécificités. Enfin, nous disposons d'informations sur les événements douloureux vécus avant l'âge de 20 ans, mais pas sur les événements positifs et valorisants, alors qu'une autre étude (Chen *et al.*, 2004) a souligné leur importance en ce qu'ils peuvent atténuer, voire annuler, les conséquences néfastes des situations d'adversité durant l'enfance à l'âge adulte.

Malgré ces limites, plusieurs caractéristiques apparaissent liées au placement : avoir connu durant son enfance la violence physique, sexuelle ou psychologique, une dépendance à des substances psychoactives dans la famille d'origine, ainsi que des difficultés matérielles augmentent la probabilité d'avoir été placé. L'expérience de la pauvreté n'est en effet pas seulement individuelle : de nombreux facteurs sociaux s'y trouvent en jeu et elle affecte le bien-être des individus comme le développement des enfants (Conger *et al.*, 2002 ; Paugam, 2005b). Percevoir la pauvreté comme un indicateur de risque plus global nous permet d'interroger les politiques de prévention de la pauvreté sur leur efficacité à réellement répondre aux inégalités sociales qui se développent dès l'enfance (Frederick et Goddard, 2007).

Par ailleurs, les personnes ayant subi des violences durant l'enfance présentent une vulnérabilité accrue aux agressions à l'âge adulte. En comparant ces résultats avec ceux obtenus sur un échantillon de personnes sans domicile, nous remarquons le même impact des situations d'adversité durant l'enfance. En revanche, et comme on pouvait s'y attendre, les facteurs de risque liés à la situation vécue par les enquêtés, durant les deux dernières années, diffèrent, en raison notamment des effets de la vie professionnelle pour les personnes logées et des dangers liés au fait de dormir dans la rue ou en squat pour les sans-domicile. L'influence du placement semble par ailleurs plus marquée dans le cas des personnes sans domicile et il touche autant les femmes que les hommes (contrairement aux personnes logées pour lesquelles le placement n'a d'effet significatif que pour les hommes).

Des travaux sont encore nécessaires pour mieux comprendre ce qui se trouve en jeu dans les effets durables des violences subies, des périodes de pauvreté, du placement ainsi que de la maladie ou d'un accident grave de la mère des personnes, durant l'enfance ou la jeunesse. Plusieurs éléments du contexte actuel sont aussi à explorer plus avant, en particulier les situations de stress au travail et la précarisation dans le travail.

Ces résultats incitent à nous interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour aider les jeunes qui vivent des situations d'adversité durant leur enfance à développer des compétences pro-sociales (*positive coping, street efficacy, life skills*, etc.) de façon à être moins vulnérables aux agressions (Barber et Delfabbro, 2002 ; Derivois, 2008 ; Massinga et Pecora, 2004 ; Pronovost *et al.*, 2003 ; Sharkey, 2006). De même, ces travaux soulignent la nécessité de prendre en compte les conséquences des situations d'adversité durant l'enfance à l'âge adulte pour réparer cette inégalité des chances. Des éléments laissent penser que le placement en institution collective est associé à une vulnérabilité accrue aux agressions. Ce constat demande à être vérifié et approfondi pour mieux en comprendre la signification

(effet de sélection, modes de prise en charge, manque de soutien émotionnel et de tutorat, discordance entre le désir du jeune qui veut retourner chez ses parents et celui de sa famille de le garder éloigné, etc.) et développer les mesures d'aide adéquates.

Bibliographie

Avery R.J., Freundlich M., 2009, « You're all grown up now: Termination of foster care support at age 18 », *Journal of Adolescence*, 32:247-257.

Barber J.G., Delfabbro P.H., 2002, « The plight of disruptive children in out-of-home care », *Children's Services, Social Policy, Research and Practice*, 5(3):201-212.

Beck F., Brossard C., 2004, « L'alcoolisation des femmes en France : typologie des contextes d'usage », *Alcoologie et Addictologie*, 26(1) :21 :30.

Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), 2007, *Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES, 593 p.

Bourdieu E., 1993, « Dialogue sur la violence », *in* Bourdieu P. (sous la dir. de), *La misère du monde*, Le Seuil, p.737-753.

Blome W.W., 1997, « What happens to foster kids: Educational experiences of a random sample of foster care youth and a matched group of non-foster care youth », *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14(1):41-53.

Bradley K.A., Bush K., McDonell M., Malone T., Fihn S., 1998, « Screening for problem drinking. Comparison of CAGE and AUDIT », *Journal Of General Internal Medicine*, 13:379–388.

Broccolichi S., Œuvrard F., 1993, « L'engrenage », *in* Bourdieu P. (sous la dir. de), *La misère du monde*, Le Seuil, p.639-648.

Bruskas D., 2008, « Children in foster care: A vulnerable population at risk », *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(2):70-77.

Buehler C., Orme J.G., Post J., Patterson D.A., 2000, « The long-term correlates of family foster care », *Children and Youth Services Review*, 22(8):595-625.

Burley M., Halpern M., 2001, *Educational attainment of foster youth: Achievement and graduation outcomes for children in State care*, Washington State Institute for Public Policy.

Bush K., Kivlahan D., McDonell M., Fihn S., Bradley K., 1998, « The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C). An effective brief screening test for problem drinking », *Archives of Internal Medicine*, 158 :1789-1795.

Cavalin C., 2007, « Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans », *Études et Résultats*, DREES, n°598.

Chauvin P., Parizot I., 2007, « Vulnérabilité sociale, santé et recours aux soins », *Études et recherches*, Les éditions de la DIV.

Chen E., Langer D., Raphaelson Y., Matthews K., 2004, « Socioeconomic status and health in adolescents: The role of stress interpretations », *Child Development*, 75(4):1039-1052.

Chouanière D., 2008, « Pourquoi et comment le stress au travail est dangereux pour la santé », *La santé de l'homme*, n°397.

Clément C., Stephan E., 2006, « Favoriser les compétences sociales à l'école : un exemple de recherche-action en zone d'éducation prioritaire », *Pratiques psychologiques*, 12:447-463.

Conger R.D., Wallace L., Sun Y., McLoyd V., Brody G., 2002, « Economic pressure in African American families: A replication and extension of the family stress model », *Developmental Psychology*, 38(2):179-193.

Courtney M., Dworsky A., 2006, « Early outcomes for young adults transitioning from out-of-home care in the USA », *Child and Family Social Work*, 11:209-219.

Cyrulnik B., 2003, *Le murmure des fantômes*, Odile Jacob, 272 p.

Daining C., DePanfilis D., 2007, « Resilience of youth in transition from out-of-home care to adulthood », *Children and Youth Services Review*, 29:1158-1178.

Dazord A., 2001, « Santé mentale et qualité de vie dans des situations de précarité liée à la maladie ou aux conditions sociales. Données d'enquête », *in* Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. (sous la dir. de), *Précarisation, risque et santé*, INSERM, p.197-215.

Derivois D., 2008, « La traversée traumatique de l'enfant placé en institution : un point de vue clinique », *Pratiques psychologiques*, 14:339-356.

DosReis S., Zito J.M., Safer D.J., Soeken K.L., 2001, « Mental health services for youths in foster care and disabled youths », *American Journal of Public Health*, 91(7):1094-1099.

Dworsky A., Courtney M., 2009, « Addressing the mental health service needs of foster youth during the transition to adulthood: How big is the problem and what can States do? », *Journal of Adolescent Health*, Editorial, 44:1-2.

Felner R.D., Brand S., DuBois D., Adan A., Mulhall P., Evans E., 1995, « Socioeconomic disadvantage, proximal environment experiences, and socioemotional and academic adjustment in early adolescence: Investigation of mediated effects model », *Child Development*, 66:774-792.

Firdion J.-M., 2004, « Foster Care », *in* David Levinson (sous la dir. de), *Encyclopedia of Homelessness*, vol.1, Thousand Oaks : Sage Publications, p.167-171.

Firdion J.-M., 2006, « Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile », *Économie et Statistique*, n°391-392, p.85-114.

Firdion J.-M., 2007, « Agressions physiques subies par les personnes sans domicile », *in* Jaspard M. et Condon S. (sous la dir. de), *Nommer et compter les violences envers les femmes en Europe*, Institut de démographie de l'Université Paris I, p.127-133.

Frechon I., 2001, « Être placées à l'adolescence… et après ? Témoignages et devenirs de jeunes filles ayant vécu au foyer Le Caligo », *Études et Recherches*, n° 4.

Frederick J., Goddard C., 2007, « Exploring the relationship between poverty, childhood adversity and child abuse from the perspective of adulthood », *Child Abuse Review*, 16:323-341.

Gadot C., Tcherkessof F., 2003, « Le suicide des enfants placés », *Messages*, octobre, p. 19.

Goodman E., McEwen B., Dolan L., Schafer-Kalkhoff T., Adler N., 2005, « Social disadvantage and adolescent stress », *Journal of Adolescent Health*, 37:484-492.

Jacob M., Laberge D., Simard M., 1998, « L'entrée dans les services de la protection de la jeunesse. Profil des signalants, des situations et des enfants signalés », *in* Éthier et Alary (sous la dir. de), *Comprendre la famille*, Presses de l'Université du Québec, p.331-358.

Jaspard M., Brown E., Lhomond B., Saurel-Cubizolles M.-J., 2003, « Reproduction ou résilience : Les situations vécues dans l'enfance ont-elles une incidence sur les violences subies par les femmes à l'âge adultes ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p.159-189.

Johnson J.G., Cohen P., Gould M., Kasan S., Brown J., Brook J., 2002, « Childhood adversities, interpersonal difficulties and risk for suicide attempting during late adolescence and early adulthood », *Archives of General Psychiatry*, 59:741-749.

Kiser L.J., Black M.M., 2005, « Family processes in the midst of urban poverty: What does the trauma literature tell us », *Aggression and Violent Behavior*, 10:715-750.

Koegel P., Melamid E., Burnam A., 1995, « Childhood risk factors for homelessness among homeless adults », *American Journal of Public Health*, 85(12):1642-1649.

Lagrange H., Legleye S., 2007, « Violence, alcool, cannabis et dépression chez les adolescents français », *Déviance et Société*, 31(3) :331-360.

Lawrence C.R., Carlson E.A., Egeland B., 2006, « The impact of foster care on development », *Development and Psychopathology*, 18:57-76.

Maïlat M., 1999, « Enfant de famille pauvre : l’épreuve du placement », *Informations sociales*, n° 79, pp. 56-63.

Marpsat M., Firdion J.-M., Meron M., 2000, « Le passé difficile des jeunes sans domicile », *Population & Sociétés*, n°363.

Massinga R., Pecora P.J., 2004, « Providing better opportunities for older children in the child welfare system », *The Future of Children*, 14(1):150-173.

Messiah A., Encrenaz G., Sapinho D., Gilbert F., Carmona E., Kovess-Masféty V., 2008, « Paradoxical increase of positive answers to the Cut-down, Annoyed, Guilt, Eye-opener (CAGE) questionnaire during a period of decreasing alcohol consumption: results from two population-based surveys in Île-de-France, 1991 and 2005 », *Addiction*, 103:598-603.

Michalski J.H., 2005, « Explaining intimate partner violence: The sociological limitations of victimization studies », *Sociological Forum*, 20(4):613-640.

Melchior M., Krieger N., Kawachi I., Berkman L.F., Niedhammer I., Goldberg M., 2005, « Work factors and occupational class disparities in sickness absence: Findings from the Gazel cohort study », *American Journal of Public Health*, 95:1206-1212.

O’Brien C.P., 2008, « The CAGE Questionnaire for detection of alcoholism. A remarkably useful but simple tool », *Journal of the American Medical Association*, 300(17):2054-2056.

Oui A., Saglietti C., 1993, « Les pupilles de l’État en 1989 », *Solidarité Santé, Études Statistiques*, n° 4, pp. 129-133.

Paugam S., 2000, *Le salarié de la précarité*, PUF, coll. « Le lien social », 456 p.

Paugam S., 2005a, « Les différents liens sociaux et leurs ruptures », *in* Chauvin P. et Parizot I. (sous la dir. de), *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, INSERM, coll. « Questions en santé publique », p.38-60.

Paugam S., 2005b, *Les formes élémentaires de la pauvreté*, PUF, coll. « Le lien social ».

Pecora P.J., Kessler R., O’Brien K., Roller White C., Williams J., Hiripi E., English D., White J., Herrick M., 2006, « Educational and employment outcomes of adults formerly in foster care: results from the northwest foster care alumni study », *Children and Youth Services Review*, 28:1459-1481.

Penzerro R.M., 2003, « Drift as adaptation: Foster care and homeless careers », *Child & Youth Care Forum*, 32(4):229-244.

Poulton R., Caspi A., Milne B., Thomson W., Taylor A., Sears M., Moffitt T., 2002, « Association between children’s experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study », *The Lancet*, vol. 360, n° 9346, p.1640-1645.

Pronovost J., Leclerc D., 2002, « L'évaluation et le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse », *Revue de psychoéducation et d'orientation,* 31(1):81-100.

Pronovost J., Leclerc D., Dumont M., 2003, « Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez les adolescents : comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en centres jeunesse », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, n° 1, pp. 179-199.

Reilly T., 2003, « Transition from care Status and outcomes of youth who age out of foster care », *Child Welfare*, LXXXII(6):727-746.

Ruault M., Baudier-Lorin C., Callegher D., 2001, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2000 », *Études et Résultats*, DREES, n° 121.

Schofield G., Beek M., 2009, « Growing up in foster care: providing a secure base through adolescence », *Child and Family Social Work*, 14:255-266.

Sharkey P.T., 2006, « Navigating dangerous streets: The sources and consequences of Street Efficacy », *American Sociological Review*, 71(5):826-846.

Sheperd J.P., Sutherland I., NewCombe R.G., 2006, « Relations between alcohol, violence, and victimization in adolescence », *Journal of Adolescence*, 29:539-553.

Silberman R., Fournier I., 2006, « Les secondes générations sur le marché du travail en France : une pénalité ethnique ancrée dans le temps », *Revue française de sociologie*, 47(2) :243-292.

Springer K.W., Sheridan J., Kuo D., Carnes M., 2007, « Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women », *Child Abuse & Neglect*, 31:517-530.

Takayama J.I., Bergman A.B., Connell F.A., 1994, « Children in foster care in the State of Washington », *Journal of American Medical Association*, 271(23):1850-1855.

Temple J.R., Weston R., Stuart G., Marshall L., 2008, « The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women », *Addictive Behaviors*, 33:1244-1248.

Thompson M.P., Sims L., Kingree J.B., Windle M., 2008, « Longitudinal associations between problem alcohol use and violent victimization in a national sample of adolescent », *Journal of Adolescent Health*, 42:21-27.

Tracy M., Zimmerman F., Galea S., McCauley E., Vander Stoep A., 2008, « What explains the relation between family poverty and childhood depressive symptoms », *Journal of Psychiatric Research*, 42:1163-1175.

Wadsworth M.E., DeCarlo Santiago C., 2008, « Risk and resiliency processes in ethnically diverse families in poverty », *Journal of Family Psychology,* 22(3):399-410.

Wertheimer R., 2002, « Youth who 'age out' of foster care: Troubled lives, troubling prospects », *Child Trends Research Brief*, n°59, Décember.

Perdre un parent pendant l'enfance :

quels effets sur le parcours scolaire, professionnel, familial et sur la santé à l'âge adulte ?*

Nathalie BLANPAIN

Au-delà des violences *stricto sensu*, l'enquête Événements de vie et santé (EVS) permet de repérer la survenue d'événements traumatiques au cours d'une vie (tel le décès d'un parent) et d'en observer les conséquences à long terme sur le parcours familial et professionnel ainsi que sur l'état de santé des personnes qui s'en déclarent victimes. En 2006, 11 % des adultes de 20 à 75 ans interrogés dans l'enquête EVS déclarent avoir perdu leur père ou leur mère avant l'âge de 20 ans, la plupart d'entre eux étant devenus orphelins de père. Perdre un parent pendant l'enfance concerne davantage les enfants d'origine sociale modeste (10 % d'orphelins de père parmi les enfants d'ouvriers contre 5 % parmi les enfants de cadres) et ceux issus d'une fratrie nombreuse.

C'est un risque social qui peut modifier la destinée d'un individu. Devenir orphelin avant l'âge de 20 ans peut rendre plus difficile l'accès à un diplôme : le décès du père diminue ainsi nettement les chances d'obtenir le baccalauréat, ce qui peut conditionner la suite du parcours professionnel. Des études plus courtes incitent également à se mettre en couple et à fonder une famille plus précocement. Enfin, les personnes ayant perdu un parent pendant l'enfance déclarent un peu plus souvent que les autres un mauvais état de santé physique, ce qui peut s'expliquer notamment par l'exercice d'une profession peu qualifiée, ou par de moins bonnes conditions de vie pendant l'enfance.

* Cet article reprend en grande partie une étude déjà publiée : Blanpain N., 2008, « Perdre un enfant pendant l'enfance : quels effets sur le parcours scolaire, professionnel, familial et sur la santé à l'âge adulte ? », *Études et résultats*, DREES, n° 668, octobre.

Bien qu'étant en baisse, le nombre de personnes ayant perdu un de leurs parents pendant l'enfance demeure non négligeable. En 1999, la France métropolitaine comptait 500 000 orphelins de père ou de mère âgés de 20 ans ou moins, soit 3 % des jeunes de cet âge (Monnier et Pennec, 2003)[1]. Même lorsqu'il survient aux âges élevés, le décès d'un parent est considéré comme l'un des événements les plus stressants que seuls dépassent, d'après l'échelle d'Holmes et Rahe (1967), la mort du conjoint, le divorce ou l'emprisonnement. Lorsque le décès du père ou de la mère survient durant l'enfance, des études ont montré des répercussions psychiques dans nombre de cas (Kirwin et Hamrin, 2005).

D'un point de vue statistique, des travaux ont analysé la situation familiale des orphelins ainsi que leurs origines sociales : ainsi, neuf orphelins de père sur dix vivent dans des familles monoparentales qui ont des niveaux de vie moyens plus faibles que les familles biparentales (Monnier et Pennec, 2003). En revanche, le devenir des orphelins a été peu étudié. L'enquête Événements de vie et santé (EVS) contient un module biographique qui permet de mettre en relation des événements anciens survenus durant l'enfance avec d'autres plus récents (encadré 1). Elle permet notamment d'observer les effets de la perte précoce d'un parent sur le parcours de vie et l'état de santé.

Après avoir exposé les caractéristiques des personnes ayant perdu un parent pendant l'enfance, nous étudierons leurs diplômes, leur parcours familial (formation du couple, premier enfant), professionnel et leur état de santé à l'âge adulte. Le deuil s'accompagne souvent d'une perte de niveau de vie pour le parent survivant, le plus souvent la mère, et ses enfants. Ce sont parfois les difficultés financières plus que le deuil en lui-même qui peuvent freiner la poursuite d'études par exemple. La situation des orphelins sera donc étudiée selon qu'ils ont connu ou non de graves privations matérielles durant l'enfance. Par ailleurs, nous comparerons leur situation avec celle des adultes ayant connu ou non la séparation de leurs parents

Encadré 1

Le module biographique de l'enquête EVS

Les questions de l'enquête EVS exploitées ici proviennent essentiellement du module biographique. Ce dernier contient des questions sur différents événements survenus durant l'enfance, ainsi que sur les étapes familiales importantes.

Les personnes sont interrogées sur le décès d'un parent survenu durant l'enfance : « Avant d'avoir 20 ans, avez-vous été confronté au décès de : votre père (ou de l'homme qui vous a élevé jusqu'à vos 18 ans) ? votre mère (ou de la femme qui vous a élevé jusqu'à vos 18 ans) ? »

Les enquêtés sont également interrogés sur l'existence de difficultés financières ou de graves tensions entre les parents, ainsi que sur la période au cours de laquelle ces problèmes sont apparus (avant 11 ans, entre 11 et 19 ans, à 20 ans ou plus) : « Au cours de votre vie, avez-vous été confronté à des difficultés ou des privations matérielles importantes (revenus, logement, nourriture, vêtements, hygiène, etc.) ? » « Avez-vous été confronté à de graves tensions ou un climat de violence entre vos parents ou entre les personnes qui vous ont élevé ? »

Le module contient aussi une question sur l'année de naissance de tous les enfants de l'enquêté, ce qui permet de reconstituer l'âge au premier enfant, ainsi que les dates de vie en couple : « Au cours de votre vie, avec combien de personnes avez-vous vécu en couple, en étant ou non marié (avoir vécu en couple signifie avoir vécu sous le même toit avec un conjoint pendant au moins trois mois de suite) ? »

1. Cette prévalence peut être rapprochée de celle de 4% trouvée au Royaume-Uni parmi les 11-16 ans (Harrison et Harrington, 2001).

pendant l'enfance. L'idée est d'analyser si, au-delà des éventuelles différences sociales, la perte (parfois brutale) d'un parent pendant l'enfance a des conséquences comparables ou non à celles d'une séparation des parents. Les données utilisées ici proviennent essentiellement de l'enquête EVS et, pour le parcours scolaire et professionnel, de l'enquête Étude de l'histoire familiale (EHF), réalisée par l'INSEE (encadré 2).

Un adulte sur dix a perdu un de ses parents pendant l'enfance

En 2006, 11 % des personnes interrogées dans l'enquête EVS, âgées de 20 à 75 ans, déclarent qu'un de leurs parents est décédé alors qu'elles n'avaient pas atteint l'âge de 20 ans. Sept fois sur dix, il s'agissait de leur père. La mortalité plus fréquente des pères s'explique à la fois par la surmortalité des hommes avant 65 ans (Delaunay-Berdaï, 2006) et par le fait qu'ils ont leurs enfants à un âge plus avancé que les femmes (32,7 ans contre 29,7 ans[2]). En revanche, avoir perdu ses deux parents pendant l'enfance est un phénomène rare, qui ne touche que 0,7 % des adultes. Le risque de perdre l'un de ses parents s'accroît naturellement avec l'âge des enfants : seul un tiers des orphelins le sont devenus avant l'âge de 10 ans, contre deux tiers entre 10 et 20 ans.

Perdre un parent pendant l'enfance devient de plus en plus rare au fil des générations (graphique 1). Dans la génération née à la veille de la première guerre mondiale, dont les pères ont ensuite été mobilisés en masse, 30 % des enfants étaient orphelins de père à 20 ans (Monnier et

Encadré 2

La profession du parent décédé, souvent inconnue des enquêtes statistiques

Rares sont les enquêtes qui recueillent des informations sur les caractéristiques sociales des parents décédés. Alors que les professions du père ou de la mère sont utiles pour prendre en compte les différences de milieux sociaux, les questions se limitent souvent à la profession exercée par les parents lorsque l'enquêté avait un âge donné, 15 ou 18 ans par exemple. Si l'enquêté était déjà orphelin à cet âge, la profession du parent décédé n'est pas demandée. Or pour analyser l'effet du décès sur la poursuite des études par exemple, il est nécessaire de prendre en compte l'origine sociale. On sait que les décès précoces sont plus fréquents dans les milieux moins favorisés et cette caractéristique peut être déterminante pour expliquer la moindre réussite scolaire.

Deux enquêtes ont été mobilisées dans cette étude. L'enquête EVS, réalisée par la DREES et l'INSEE en 2005-2006, permet d'aborder différents éléments du parcours familial, professionnel ou de la santé des personnes qui ont perdu un parent pendant l'enfance. Elle est également utilisée ici pour comparer le parcours scolaire, professionnel, etc. des orphelins avec celui des personnes ayant connu la séparation de leurs parents. En revanche, la catégorie socioprofessionnelle du parent décédé n'est pas connue. Le milieu social d'origine n'a donc été contrôlé qu'en partie par la catégorie socioprofessionnelle du parent survivant.

L'enquête Étude de l'histoire familiale (EHF), réalisée en 1999, a été utilisée pour observer le parcours scolaire et professionnel des orphelins, ainsi que pour valider les résultats concernant le parcours familial. Dans cette enquête, la dernière profession exercée par le parent décédé est renseignée, ce qui permet de mieux prendre en compte le milieu social d'origine. En revanche, certains thèmes comme la santé n'y sont pas abordés et la séparation des parents n'est pas connue. Dans les deux enquêtes (EVS et EHF), les enquêtés âgés de 20 à 75 ans sont interrogés de manière rétrospective sur le décès d'un de leurs parents avant l'âge de 20 ans.

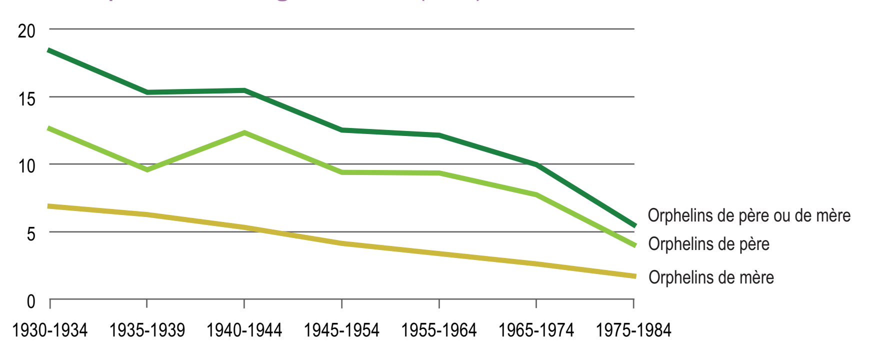
2. INSEE, statistiques de l'état civil 2005.

Pennec, 2003). Dans celle née entre 1920 et 1924, relativement épargnée par la seconde guerre mondiale (leur père étant en général suffisamment âgé pour ne pas être mobilisé), seuls 17,5 % sont orphelins de père. La seconde guerre mondiale a entraîné à son tour une recrudescence des orphelins, mais sans commune mesure avec celle due à la Grande Guerre (Monnier et Pennec, 2003). Enfin, depuis les générations nées vers 1950, la proportion d'orphelins à 20 ans baisse constamment. Elle a été divisée par deux en un demi-siècle.

S'agissant des orphelins de mère, l'évolution observée est plus régulière : elle reflète essentiellement les progrès effectués dans la lutte contre la mortalité prématurée des femmes, avec une faible incidence des guerres.

GRAPHIQUE 1

Proportion d'orphelins avant l'âge de 20 ans (en %)



Lecture • 5,5 % des personnes nées entre 1975 et 1984 ont connu le décès de leur père ou de leur mère avant l'âge de 20 ans.
Champ • Personnes nées entre 1930 et 1984.
Sources • Enquête Événements de vie et santé, DREES, 2005-2006.

Près de neuf orphelins de père sur dix ont vécu avec leur mère

Lorsqu'un seul parent décède, l'enfant continue le plus souvent de vivre avec le parent survivant. Ce cas de figure est plus fréquent pour les orphelins de père : 85 % ont passé leur enfance avec leur mère sans jamais avoir vécu avec d'autres membres de la famille ou dans un établissement collectif, contre 62 % pour les orphelins de mère. Lorsque les enfants n'ont pas vécu avec le parent survivant, ils ont le plus souvent habité avec d'autres membres de la famille, comme les grands-parents. Ainsi, 32 % des orphelins de mère ont vécu au moins momentanément avec d'autres membres de la famille. Seule une minorité des orphelins ont passé une partie de leur enfance dans un orphelinat ou un autre établissement collectif (6 % des orphelins de mère et 4% des orphelins de père), cette situation étant plus fréquente pour les orphelins de père et de mère (24 %). Enfin, les hommes se remettant plus souvent en couple après le décès du conjoint, 16 % des orphelins de mère et 10 % des orphelins de père ont passé une partie de leur enfance et de leur adolescence avec leur parent survivant et un beau-parent.

Une origine sociale plus modeste et une fratrie plus étendue

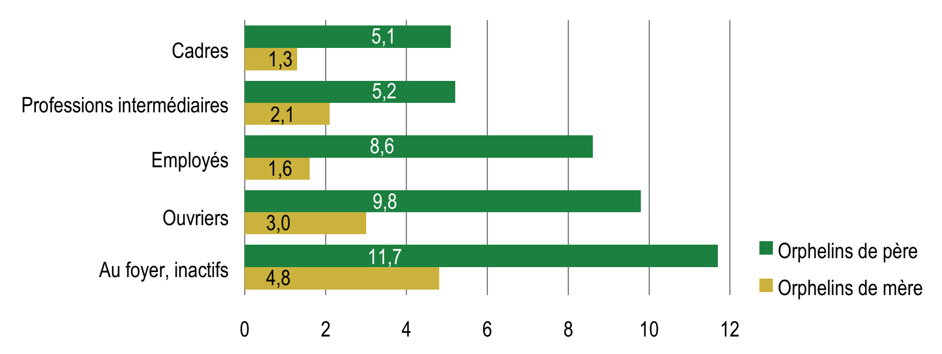
L'espérance de vie à 35 ans d'un homme ouvrier est de 39 ans, alors que celle des cadres est de 46 ans, soit un écart de 7 ans (Monteil et Robert-Bobée, 2005). D'après l'enquête EHF de 1999, le risque de devenir orphelin pendant l'enfance est plus important pour les fils ou filles d'ouvriers que pour les enfants de cadres (graphique 2). Ainsi, parmi les personnes nées en France âgées de 20 à 24 ans, on compte 7 % d'orphelins de père parmi les enfants d'ouvriers,

contre 3 % parmi les enfants de cadres (Monnier et Pennec, 2003). De même, le risque de perdre sa mère précocement varie selon la profession de celle-ci. Le risque le plus élevé concerne les personnes dont la mère est ouvrière, au foyer ou inactive[3].

Les orphelins avant l'âge de 20 ans sont pour 45% d'entre eux issus d'une fratrie de cinq enfants ou plus (frère, sœur, demi-frère ou demi-sœur), contre 33 % de l'ensemble des adultes. Cela résulte tout d'abord d'un effet de génération : la majorité des orphelins appartiennent aux générations les plus anciennes, où les fratries sont les plus grandes. Ces résultats s'expliquent aussi par une origine sociale plus modeste. De plus, la probabilité d'avoir un parent plus âgé que la moyenne est plus forte pour les enfants issus d'une grande fratrie. Enfin, les orphelins ont plus souvent connu une recomposition familiale, également source d'élargissement de la fratrie : 26 % d'entre eux ont au moins un demi-frère ou une demi-sœur, contre 16 % de l'ensemble des adultes.

GRAPHIQUE 2

Proportion d'orphelins avant 20 ans selon la catégorie socioprofessionnelle du parent décédé (en %)



Lecture • 5,1 % des personnes dont le père était cadre ont connu le décès de leur père avant l'âge de 20 ans. 1,3 % des personnes dont la mère était cadre ont connu le décès de leur mère avant l'âge de 20 ans.

Champ • Personnes âgées de 20 à 75 ans.

Sources • Étude de l'histoire familiale, INSEE, INED, 1999.

Le parcours scolaire des orphelins est marqué par des études plus courtes

Être orphelin avant 20 ans est plus souvent associé à une moindre réussite scolaire : en 2006, d'après l'enquête EVS, 28 % des adultes âgés de 20 à 75 ans ayant perdu un parent pendant l'enfance ne sont titulaires d'aucun diplôme, contre 17 % de l'ensemble des adultes. De même, ils accèdent moins souvent aux études supérieures : 7 % détiennent un diplôme supérieur à bac +2, contre 12 % de l'ensemble des adultes. Ces écarts ne reflètent pas seulement un effet de génération. Si les orphelins sont plus nombreux parmi les générations les plus anciennes qui sont moins diplômées, ils accèdent aussi moins souvent que les autres, au sein de ces générations, à un diplôme. Plusieurs facteurs jouent en fait en leur défaveur, en particulier leur origine sociale modeste ou le fait d'avoir de nombreux frères et sœurs. De nombreux travaux ont démontré le rôle prépondérant de l'origine sociale dans la réussite scolaire. Ainsi, 41 % des personnes dont le père est ouvrier non qualifié ou inactif obtiennent le baccalauréat, contre 84 % de celles dont le père est cadre supérieur (Lemaire, 2006). Par ailleurs, la taille de la fratrie est également source d'inégalité face à l'école : « À origine sociale comparable, naître dans une fratrie de quatre enfants et plus est un handicap scolaire significatif » (Archambault, 2007). Cet effet pénalisant

3. Cette inactivité peut être la conséquence d'une longue maladie ayant entraîné le décès.

de la taille de la famille existe aussi dans les groupes sociaux favorisés, même s'il est de plus faible ampleur. Enfin, le sexe a également un effet sur la scolarité puisque les filles réussissent mieux au lycée, mais arrêtent plus souvent leurs études après le baccalauréat que les garçons (Archambault, 2007). Au total, pour connaître l'effet du décès d'un des parents sur la scolarité des enfants, il faut donc faire aussi la part de ce qui tient à d'autres facteurs d'échec ou de réussite : l'origine sociale du père et de la mère, la taille de la fratrie ou le sexe.

« Toutes choses égales par ailleurs »[4], d'après l'enquête EHF 1999, le décès des parents durant l'enfance joue un rôle pénalisant pour l'obtention d'un diplôme, ainsi que pour l'accès aux études supérieures (tableau 1). Les chances d'obtenir le baccalauréat diminuent ainsi de 6 points en cas de décès du père et davantage encore en cas de décès de la mère (-9 points) ou des deux parents (-11 points).

TABLEAU 1

Probabilité d'avoir son baccalauréat selon les caractéristiques sociodémographiques

	Avoir le bac
Ensemble (en %)	**34,8**
Situation avant l'âge de 20 ans	
A connu le décès de son père	23,1
A connu le décès de sa mère	21,2
A connu le décès de son père et de sa mère	15,7
A vécu avec ses deux parents	36,6
Toutes choses égales par ailleurs	
Probabilité de référence	**34,7**
Situation avant l'âge de 20 ans (en point)	
A connu le décès de son père	-6,4 ***
A connu le décès de sa mère	-9,2 ***
A connu le décès de son père et de sa mère	-11,3 ***
A vécu avec ses deux parents	réf.
Âge	
20-29 ans	19,2 ***
30-39 ans	5,3 ***
40-49 ans	réf.
50-59 ans	-5,1 ***
60-69 ans	-17,0 ***
70-75 ans	-20,7 ***
Catégorie socioprofessionnelle du père	
Cadre	36,2 ***
Profession intermédiaire	12,6 ***
Employé	réf.
Ouvrier	-14,5 ***
N'a jamais travaillé	-16,3 ***
Catégorie socioprofessionnelle de la mère	
Cadre	24,6 ***
Profession intermédiaire	19,8 ***
Employé	réf.
Ouvrière	-10,4 ***
N'a jamais travaillé	-3,4 ***
Sexe	
Homme	réf.
Femme	3.0 ***
Taille de la fratrie	
1	11,9 ***
2	11,8 ***
3 et plus	réf.

*** significatif au seuil de 1 % (échantillon de 320 000 personnes).

Lecture • 23,1 % des personnes ayant connu le décès de leur père avant l'âge de 20 ans ont le baccalauréat. « Toutes choses égales par ailleurs » (à génération, catégorie socioprofessionnelle de la mère et du père, sexe et taille de la fratrie identiques et égales à la situation de référence), les chances d'avoir obtenu le baccalauréat sont de 28,3 % (34,7-6,4) lorsqu'on a perdu son père, contre 34,7% lorsqu'on a vécu avec ses deux parents (les résultats sont issus d'une régression logistique).

Champ • Personnes âgées de 20 à 75 ans.

Sources • Étude de l'histoire familiale, INSEE, INED, 1999.

4. À génération, catégorie socioprofessionnelle de la mère et du père, sexe et taille de la fratrie donnés.

Plusieurs éléments d'interprétation peuvent être avancés. Après le décès d'un parent, les enfants vivent dans la majorité des cas dans des familles monoparentales. Celles-ci ayant souvent un niveau de vie faible (encadré 3), les difficultés financières peuvent être un frein à la poursuite des études (Goux et Maurin, 2000). Cette hypothèse semble confirmée par le constat suivant : d'après l'enquête EVS, les personnes ayant perdu un parent pendant l'enfance déclarent deux fois plus que l'ensemble de la population avoir souffert de graves privations matérielles. Or la déclaration de privations matérielles pendant l'enfance diminue de 7 points la probabilité d'obtenir son baccalauréat, « toutes choses égales par ailleurs ». Toutefois, cette hypothèse n'est pas la seule explication aux difficultés scolaires des orphelins. Car, même parmi les orphelins ne déclarant pas de graves privations matérielles, ces difficultés demeurent par rapport aux personnes vivant avec leurs deux parents et ne déclarant pas de privations. D'autres hypothèses peuvent être avancées. Le décès d'un parent est un choc émotionnel pour l'enfant et pour le parent survivant, qui pourrait avoir des répercussions sur la réussite à l'école. Les difficultés dans l'organisation de la vie quotidienne pourraient également entraîner un moindre suivi parental de la progression scolaire. Enfin, on peut avancer une autre hypothèse qu'Archambault a formulée pour les enfants de parents séparés (Archambault, 2007). Certaines familles pourraient être plus « fragiles » que d'autres, tant du point de vue de la santé que des études. Le décès du parent ne serait alors pas en soi une cause de la moindre réussite scolaire, mais la corrélation entre la faible réussite scolaire et le fait d'être orphelin traduirait seulement le fait que certains milieux familiaux sont moins propices tant à une vie longue qu'à la réussite scolaire.

On notera enfin que, tout comme le décès de l'un des parents, la séparation des parents peut avoir des conséquences négatives sur l'obtention d'un diplôme en raison notamment des difficultés financières qu'elle peut entraîner. Elle peut en outre être associée à un mauvais climat familial antérieur ou postérieur à la séparation qui peut peser sur la scolarité. Les personnes ayant connu la séparation de leur parent sont certes davantage diplômées que les personnes orphelines : elles appartiennent en effet à des générations plus jeunes et ont des parents plus diplômés. Si l'on tient compte de ces différences de générations et de niveaux de diplôme des parents, la séparation a en revanche un impact sur la réussite scolaire de même ampleur que le décès d'un des parents. Ainsi, « toutes choses égales par ailleurs », l'enquête EVS met en évidence que les chances d'avoir obtenu le baccalauréat diminuent de 8 points en cas de séparation des parents, soit quasiment autant qu'en cas de décès d'un parent.

Les orphelins exercent moins souvent une profession intermédiaire ou de cadre

Le décès d'un des parents est un risque social qui peut non seulement modifier la destinée scolaire de l'enfant et à l'âge adulte, mais aussi affecter le parcours professionnel, diplôme et profession étant fortement liés. Effectivement, d'après les données de l'enquête EHF 1999, à génération, sexe et origine sociale donnés, le décès d'un des parents a un impact négatif sur les chances d'exercer une profession de cadre ou intermédiaire (tableau 2). En revanche, si l'on tient aussi compte du diplôme obtenu, le décès du père n'a plus d'impact sur la profession exercée et celui de la mère a un effet limité (-2 points). L'effet demeure toutefois significatif dans le cas du décès des deux parents (-6 points). Ainsi, l'impact du décès d'un parent est surtout indirect : c'est parce que leurs chances d'obtenir un diplôme sont plus faibles que les personnes orphelines exercent un peu moins souvent une profession de cadre ou intermédiaire. À diplôme identique, les chances d'occuper un emploi de cadre ou de profession intermédiaire pour ceux qui ont perdu leur père avant 20 ans sont ainsi proches de celles qui caractérisent les personnes ayant vécu avec leurs deux parents.

Comme pour le décès du père, la séparation des parents agit par ricochet sur le parcours professionnel : c'est la difficulté à obtenir un diplôme qui rend plus difficile l'accès à certains emplois. Mais, à diplôme donné, la séparation des parents n'a plus d'impact sur l'exercice d'une profession de cadre.

TABLEAU 2

Probabilité d'être cadre ou d'avoir une profession intermédiaire selon les caractéristiques sociodémographiques

	Être cadre ou profession intermédiaire	
Ensemble (en %)	**26,4**	
Situation avant l'âge de 20 ans		
A connu le décès de son père	21,2	
A connu le décès de sa mère	19,1	
A connu le décès de son père et de sa mère	14,0	
A vécu avec ses deux parents	27,4	
	Toutes choses égales par ailleurs	
	sauf diplôme	**y compris diplôme**
Probabilité de référence	**24,4**	**25,6**
Situation avant l'âge de 20 ans (en point)		
A connu le décès de son père	-3,1 ***	-0,7
A connu le décès de sa mère	-5,5 ***	-2,3 ***
A connu le décès de son père et de sa mère	-9,1 ***	-6,7 ***
A vécu avec ses deux parents	réf.	réf.
Âge		
20-29 ans	-14,7 ***	-19,8 ***
30-39 ans	-3,4 ***	-7,7 ***
40-49 ans	réf.	réf.
50-59 ans	0,2	4,6 ***
60-69 ans	-7,9 ***	1,4 ***
70-75 ans	-10,3 ***	0,7
Catégorie socioprofessionnelle du père		
Cadre	21,1 ***	3,3 ***
Profession intermédiaire	9,8 ***	4,1 ***
Employé	réf.	réf.
Ouvrier	-8,5 ***	-2,2 ***
N'a jamais travaillé	-10,3 ***	-4,2
Catégorie socioprofessionnelle de la mère		
Cadre	17,6 ***	0,3
Profession intermédiaire	18,3 ***	1,3 ***
Employé	7,8 ***	réf.
Ouvrière	réf.	-2,4 ***
N'a jamais travaillé	3,8 ***	-2,5 ***
Sexe		
Homme	11,4 ***	réf.
Femme	réf.	-11,7 ***
Taille de la fratrie		
1	7,1 ***	2,1 ***
2	7,3 ***	2,6 ***
3 et plus	réf.	réf.
Diplôme de l'enquêté		
Aucun diplôme		-15,1 ***
Certificat d'études primaires		-9,4 ***
BEPC		12,1 ***
CAP		réf.
BEP		11,9 ***
Bac général		36,7 ***
Bac professionnel		34,9 ***
Diplôme universitaire 1er cycle		59,0 ***
Diplôme universitaire 2e ou 3e cycle		64,4 ***

*** significatif au seuil de 1 % (échantillon de 320 000 personnes).

Lecture • 21,2 % des personnes ayant connu le décès de leur père avant l'âge de 20 ans sont cadres ou professions intermédiaires. « Toutes choses égales par ailleurs » (à génération, catégorie socioprofessionnelle de la mère et du père, sexe et taille de la fratrie identiques et égales à la situation de référence), les chances d'être cadre ou profession intermédiare sont de 21,3 % (24,4-3,1) lorsque l'on a connu le décès de son père, contre 24,4% lorsqu'on a vécu avec ses deux parents (les résultats sont issus d'une régression logistique).

Champ • Personnes âgées de 20 à 75 ans.

Sources • Étude de l'histoire familiale, INSEE, INED, 1999.

Les orphelins se mettent en couple et fondent une famille plus tôt

Les premières étapes familiales (vie en couple, premier enfant) sont franchies plus tôt chez les personnes devenues orphelines durant l'enfance : d'après l'enquête EVS de 2005-2006, 19 % des personnes ayant perdu leur père sont devenues parents précocement (mère avant 21 ans ou père avant 24 ans), contre 15 % de celles qui ont vécu avec leurs deux parents (tableau 3). À génération et origine sociale données, leur précocité à former une union ou une famille est en revanche la même et, à âge de fin d'études identique, les personnes ayant perdu leur père durant l'enfance ne deviennent pas plus souvent de jeunes parents que ceux qui ont grandi avec leurs deux parents. Les orphelins arrêtent leurs études plus tôt et c'est cette interruption précoce qui avance d'autant les premières étapes de la vie familiale.

Les personnes qui ont connu la séparation de leurs parents pendant l'enfance se distinguent de celles qui sont devenues orphelines pendant l'enfance : même si toutes fondent plus précocement que les autres une union ou une famille, ce phénomène demeure pour ceux dont les parents se sont séparés, même à âge de fin d'études identique, contrairement à ce que l'on constate pour les orphelins. On peut avancer plusieurs hypothèses pour expliquer cette différence, comme par exemple l'idée que les enfants des familles séparées développent une plus grande autonomie, manifestée par une précocité d'entrée dans les rôles adultes. On peut aussi penser à une reproduction des comportements parentaux, sachant que les enfants de parents séparés ont plus souvent une mère qui a fondé une famille tôt dans sa vie (Archambault, 2007).

Une moins bonne santé physique à l'âge adulte

Parmi les personnes ayant perdu leur père pendant l'enfance, 15 % déclarent dans l'enquête EVS un mauvais état de santé physique, contre 10 % de l'ensemble de la population[5] (tableau 3). À origine sociale, âge, sexe et taille de la fratrie donnés, l'état de santé à l'âge adulte reste affecté par le décès précoce du père. Le décès joue tout d'abord de manière indirecte : en nuisant à la poursuite des études, il induit un niveau de diplôme ou une moindre qualification professionnelle, deux éléments favorisant une moins bonne santé physique à l'âge adulte, ainsi qu'une moins bonne perception de cette santé (Lanoë et Makdessi-Raynaud, 2005). Si l'on raisonne à diplôme donné, l'état de santé physique à l'âge adulte reste lié au décès du père, même si l'écart se réduit entre ceux ayant connu cet événement et les autres : 13 % déclarent un mauvais état de santé physique, contre 10 % de ceux qui ont vécu avec leurs deux parents. Deux hypothèses peuvent être avancées. Le décès, par la baisse des ressources économiques qu'il entraîne, crée de moins bonnes conditions de vie qui peuvent directement influencer l'état de santé de l'enfant, puis de l'adulte (Chauvin et Lebas, 1998 ; Golberg *et al.*, 2003). Cette hypothèse semble validée puisque, lorsque les orphelins déclarent de graves privations matérielles, l'état de santé physique se révèle davantage détérioré. Cette explication n'est toutefois pas la seule : même parmi les personnes qui ne déclarent pas de privations matérielles, le décès du père reste associé à un état de santé physique un peu moins bon à l'âge adulte. Ceci pourrait s'expliquer par une moins bonne transmission héréditaire ou comportementale des parents aux enfants (par exemple un moindre recours aux soins ou à la prévention). En revanche, les personnes orphelines pendant l'enfance présentent un état de santé mentale[6] proche de celui de l'ensemble de la population. Ce résultat se trouve confirmé dans une analyse « toutes choses égales par ailleurs ».

---

5. Il s'agit du score de santé physique perçue, calculé à partir du questionnaire standardisé SF-12(v2) (version abrégée du SF-36). Ici, un mauvais état de santé physique correspond au premier décile de ce score.

6. Au sens de : « se situer dans le premier décile du score agrégé de santé psychique établi à partir du SF-12(v2) ».

TABLEAU 3

Probabilité d'être en couple, d'avoir un enfant, d'être en mauvaise santé physique ou mentale selon les caractéristiques sociodémographiques

	Avoir été en couple avant 19 ans pour les femmes (21 ans pour les hommes)	Avoir été mère avant 21 ans (ou père avant 24 ans)	Être en mauvaise santé physique	Être en mauvaise santé mentale
Ensemble (en %)	**13,5**	**15,5**	**10,0**	**10,0**
Situation avant l'age de 20 ans				
Décès du père	16,9	19,0	14,9	10,3
Séparation des parents (sans décès)	20,3	18,3	10,2	12,2
A vécu avec ses deux parents	12,0	14,7	9,5	9,6
Toutes choses égales par ailleurs				
Probabilité de référence	**13,4**	**15,9**	**10,0**	**10,6**
Situation avant l'âge de 20 ans				
Décès du père	2,7 *	0,4	2,9 **	-0,1
Séparation des parents (sans décès)	6,7 ***	7,0 ***	2,1 *	2,6 **
A vécu avec ses deux parents	réf.	réf.	réf.	réf.
Âge				
25-34 ans	3,1 **	-8,9 ***	-5,3 ***	1,2
35-44 ans	1,5	-3,7 ***	-4,4 ***	0,5
45-54 ans	réf.	réf.	réf.	1,7
55-64 ans	-4,7 ***	1,2	4,7 ***	réf.
65-75 ans	-8,4 ***	-6,8 ***	10,4 ***	-1,2
Catégorie socioprofessionnelle de la mère				
Cadre	4,7	-3,1	2,1	6,4 **
Profession intermédiaire	-0,6	1,2	-2,4	0,0
Employé	réf.	réf.	réf.	réf.
Ouvrière	-3,2 ***	2,5	1,2	1,3
N'a jamais travaillé	-2,3 **	2,8 **	2,3 **	2,1 **
Sexe				
Homme	1,2	1,2	-1,4 **	-4,3 ***
Femme	réf.	réf.	réf.	réf.
Taille de la fratrie				
1	-3,7 **	-4,6 **	-2,7 **	-1,0
2	-2,1 **	-2,5 **	0,3	0,7
3 et plus	réf.	réf.	réf.	réf.
Diplôme de l'enquêté				
Aucun diplôme ou certificat d'études	2,3	1,8	3,4 ***	2,5 *
BEPC	1,0	0,4	0,3	1,0
CAP/BEP	3,4 *	réf.	réf.	-0,4
Bac technologique	réf.	-5,5 ***	-2,6 *	-2,6 *
Bac général	-6,0 ***	-3,4	-4,9 ***	réf.
Diplôme universitaire 1er cycle	-0,7	-3,7 *	-5,5 ***	-2,2
Diplôme universitaire 2e ou 3e cycle	-2,2	-4,8 *	-4,5 ***	-2,7
Âge de fin d'études				
15 ans ou moins	10,4 ***	11,3 ***		
16-17 ans	7,0 ***	8,9 ***		
18-19 ans	réf.	réf.		
20-21 ans	-4,5 ***	-7,6 ***		
22-23 ans	-7,9 ***	-12,3 ***		
24 ans et plus	-6,6 ***	-10,8 ***		

*** significatif au seuil de 1 % ;

** significatif au seuil de 5 % ;

* significatif au seuil de 10 %.

Lecture • 14,9 % des personnes ayant connu le décès de leur père avant l'âge de 20 ans déclarent être en mauvaise santé physique. « Toutes choses égales par ailleurs » (à génération, catégorie socioprofessionnelle de la mère, sexe, diplôme et taille de la fratrie identiques et égales à la situation de référence), le risque d'être en mauvaise santé physique est de 12,9 % (10,0 + 2,9) lorsque l'on a connu le décès de son père, contre 10,0 % lorsque l'on a vécu avec ses deux parents (les résultats sont issus d'une régression logistique). Le revenu n'est pas introduit ici dans la régression, car c'est une variable trop endogène au comportement étudié (les personnes en mauvaise santé ont de fortes chances d'être en inactivité ou au chômage, et donc d'avoir de faibles revenus. On ne mesurerait donc pas « correctement » dans la modélisation son effet sur l'état de santé, puisqu'il y a un effet revenu sur la santé mais aussi un effet santé sur le revenu). Il lui a été préféré un autre indicateur, le niveau de diplôme.

Champ • Personnes âgées de 20 à 75 ans pour la santé, de 25 à 75 ans pour les couples et parents précoces. Les orphelins de mère sont exclus, les effectifs étant trop faibles.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), 2005-2006, DREES.

Encadré 3

Protection sociale et niveau de vie des veuves et veufs précoces

Actuellement, les veufs et les veuves précoces d'assurés du régime général ou agricole bénéficient d'une allocation veuvage sous condition de ressources et pour une durée maximale de deux ans suivant le décès[1]. À partir de 2011, l'allocation veuvage sera supprimée et pour le régime général et agricole, seuls les veufs et les veuves âgés de 55 ans ou plus pourront bénéficier sous condition de ressources d'une pension de réversion. Pour les veufs et les veuves d'assurés de la fonction publique, le versement de la pension de réversion n'est pas soumis à des conditions d'âge ni de ressources, mais il existe en revanche une condition de durée de mariage. Enfin, dans les entreprises privées, des régimes de prévoyance complémentaire sont parfois mis en place.

Parallèlement à la protection sociale de l'assurance vieillesse, les conjoints survivants peuvent percevoir des prestations familiales du fait de leur nouvelle situation :
• l'allocation de parent isolé (API) qui concerne toute personne vivant seule, enceinte ou ayant un ou des enfants à charge, est versée sous condition de ressources pour une durée d'un an ou jusqu'aux trois ans du benjamin ;
• l'allocation de soutien familial (ASF), d'un montant de 87 euros par mois, est versée sans condition de ressources aux orphelins de père ou de mère. Elle est versée jusqu'aux 20 ans de l'enfant et cesse d'être due en cas de mariage ou de vie maritale du parent survivant.

Finalement, en 2010, l'ASF est la seule prestation non temporaire[2] compensant spécifiquement le veuvage versée à un parent qui ne se remet pas en couple pour subvenir au besoin de l'enfant. Si les ressources du ménage à la suite du veuvage sont faibles, le parent survivant pourra toutefois prétendre à diverses prestations (familiales ou logement) sous condition de ressources, qui ne s'adressent pas spécifiquement aux familles ayant connu le décès d'un des parents. Malgré ces aides, pour un ménage, la perte des revenus entraînée par le décès d'un conjoint décédé, le plus souvent l'homme, peut impliquer une baisse de niveau de vie très significative et parfois un basculement dans la pauvreté. D'après l'enquête Revenus fiscaux, les veuves âgées de 25 à 44 ans ont un niveau de vie médian inférieur de 27 % à celui des femmes mariées du même âge. La perte des ressources du conjoint, ainsi que d'autres facteurs, comme une origine sociale plus modeste, peuvent expliquer leur niveau de vie plus faible. D'autre part, 26 % des veuves âgées de 25 à 44 ans ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté, contre 17 % des femmes divorcées et 10 % des femmes mariées. Si la situation des veufs précoces apparaît meilleure que celle des veuves en termes de niveau de vie, ils sont eux aussi touchés par la pauvreté : 23 % des veufs âgés de 25 à 44 ans sont considérés comme pauvres, contre 9 % des hommes mariés du même âge.

1. Les ressources ne doivent pas dépasser un plafond fixé à 713 euros par mois au 1er avril 2009. Son montant est égal à 570 euros par mois et peut être réduit en fonction des ressources.

2. Tant que les conditions d'attribution sont réunies : jusqu'aux 20 ans de l'enfant et tant que le parent ne se remet pas en couple.

Niveau de vie selon l'état matrimonial

	Niveau de vie médian (base 100 = ensemble)		Taux de pauvreté en % (seuil 60 % médiane)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Veufs				
25-44 ans	83	74	23	26
45-54 ans	108	85	21	25
55-64 ans	111	96	5	14
65-74 ans	105	85	6	12
75 ans et plus	99	83	9	14
Mariés				
25-44 ans	103	101	9	10
45-54 ans	111	114	9	9
55-64 ans	114	111	8	6
65-74 ans	97	95	5	5
75 ans et plus	92	93	8	7
Divorcés				
25-44 ans	92	82	13	17
45-54 ans	102	97	11	16
55-64 ans	101	100	14	13
65-74 ans	102	84	6	15
75 ans et plus	83	82	6	10
Ensemble	100		10	

Lecture • Le niveau de vie médian des veuves âgées de 25 à 44 ans est égal à 74 % de celui de l'ensemble des personnes âgées de 25 ans et plus. 26 % des veuves âgées de 25 à 44 ans ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté.

Champ • Personnes âgées de 25 ans et plus.

Sources • Enquête Revenus fiscaux 2004, INSEE-DGI dans « Le niveau de vie des veuves et des divorcées », *Document de travail,* COR, n° 05, 2007.

Pour les personnes ayant connu la séparation de leurs parents, la séparation est en revanche associée à un indicateur de santé mentale un peu moins bon. À diplôme, origine sociale et sexe donnés, 13,2 % des personnes ayant connu la séparation de leurs parents déclarent un mauvais état de santé mentale[7], contre 10,6 % des personnes ayant vécu avec leurs deux parents (tableau 3). La causalité ne peut pas pour autant être considérée comme évidente : ce n'est pas parce que les parents de l'enquêté se sont séparés que sa santé mentale s'est dégradée. En effet, lorsque les personnes déclarent qu'il existait de graves tensions ou un climat de violence entre leurs parents, la séparation est associée à un moins bon état de santé mentale. En revanche, lorsque la séparation a eu lieu sans graves tensions ni climat de violence, elle n'a pas d'effet sur la santé mentale. Autrement dit, c'est le mauvais climat familial[8] et non la séparation elle-même qui pourrait expliquer la santé mentale plus fragile à l'âge adulte.

Conclusion

Le décès d'un parent peut donc modifier la destinée sociale d'un individu, le principal vecteur de cette modification étant l'échec scolaire. Cet événement dramatique diminue les chances d'obtenir le baccalauréat ou un diplôme universitaire. Or le diplôme est déterminant dans l'exercice d'une profession et est même étroitement corrélé à la santé physique (recours aux soins, etc.). En revanche, pour les orphelins qui ont pu poursuivre leurs études, le décès d'un parent a moins d'impact à long terme. À diplôme identique, la probabilité d'être cadre ou d'exercer une profession intermédiaire est proche pour les orphelins et pour ceux qui ont vécu avec leurs deux parents. La santé physique des orphelins demeure toutefois un peu moins bonne. Ainsi, c'est en agissant durant l'enfance que les pouvoir publics pourraient tenter de rétablir une égalité des chances, notamment en diminuant le risque de pauvreté. Actuellement, le risque social que représente la perte précoce d'un parent est en effet peu pris en charge (encadré 3).

Bibliographie

Archambault P., 2007, *Les enfants de familles désunies en France. Leurs trajectoires, leur devenir*, INED, 232 p.

Chauvin P., Lebas J., 1998, « La problématique précarité et santé, un symptôme des dysfonctionnements de notre système de santé », *in* Lebas et Chauvin (sous la dir. de), *Précarité et Santé*, Flammarion, Paris, p. 3-22.

Delaunay-Berdaï I., 2006, « Le veuvage précoce en France. Situation démographique, sociale et économique des allocataires des CAF », *Dossiers d'études*, CNAF-EHESS, novembre, n°86, 54 p.

Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S., 2007, « Inégalité des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents », *Question d'économie de la santé*, IRDES, n°118.

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F., 2003 « Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 51, n°4, p.381-401.

7. Idem.

8. Postérieur ou antérieur à la séparation, sans qu'on puisse distinguer ces deux situations dans l'enquête.

Goux D., Maurin É., 2000 « La persistance du lien entre pauvreté et échec scolaire », *France Portrait Social 2000-2001*, INSEE, p. 87-98.

Harrison L., Harrington R., 2001 « Adolescents' bereavement experiences. Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services », *Journal of Adolescence*, 24(2), p. 159-169.

Holmes T.H., Rahe R.H., 1967, « The Social Readjustment Rating Scale », *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), p. 213–8

Kirwin K., Hamrin V., 2005, « Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children », *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(2):62-72.

Lanoë J.-L., Makdessi-Raynaud Y., 2005, « L'état de santé en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n°436.

Lemaire S., 2006, « Le devenir des bacheliers : parcours après le baccalauréat des élèves entrés en 3e en 1989 », *Note d'information 06.01*, Ministère de l'Éducation nationale.

Monnier A., Pennec S., 2005, « Orphelins et orphelinage », *in* Lefévre C., Filhon A. (sous la dir. de), « Histoires de familles, histoires familiales : les résultats de l'enquête Famille de 1999 », *Les cahiers de l'INED*, n°56, 756 p.

Monnier A., Pennec S., 2003 « Trois pour cent des moins de 21 ans sont orphelins en France », *Population et sociétés*, n°396.

Monnier A., Pennec S., 2002, *Le nombre d'orphelins : une inconnue démographique*, http://www-aidelf.ined.fr/colloques/seance1/t_monnier.pdf

Monteil C., Robert-Bobée I., 2005, « Les inégalités sociales en augmentation chez les hommes, stable chez les femmes », *INSEE Première*, n°1025.

Menahem G., 1994, *Problèmes de l'enfance, statut social et santé des adultes*, rapport CREDES, n°1010, 222 p.

Thierry X., 2000, « Mortel veuvage. Risques de mortalité et causes médicales de décès aux divers moments du veuvage», *Gérontologie et société*, n°95, 2, p. 27-45.

Valet F., 2010, *Renaître orphelin. D'une réalité méconnue à une reconnaissance sociale*, Chronique sociale, 192 p.

Parcours et comportements sexuels des hommes et des femmes ayant subi des violences

Florence MAILLOCHON et Marion SELZ

Par son questionnement rétrospectif sur les violences subies (au cours de la vie ou des deux années précédant l'enquête), l'enquête Événements de vie et santé (EVS) permet d'observer les liens entre différentes modalités de la sexualité des personnes interrogées (âge d'entrée dans la sexualité, nombre de partenaires actuels et au cours de la vie) et différents types d'atteintes ou de brutalités (pas uniquement sexuelles) survenues dans le passé ou plus récemment. La présente analyse se concentre sur les jeunes âgés de 18 à 30 ans, dont la vulnérabilité aux violences interpersonnelles est attestée. « Toutes choses égales par ailleurs », les jeunes femmes ayant subi des violences physiques ainsi que des violences psychologiques et verbales récentes se distinguent des autres par une entrée plus précoce dans la sexualité. Les jeunes qui ont subi des violences énoncent aussi un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours de leur vie. Ils sont de ce fait plus exposés à des situations de risque (grossesse non désirée et infections sexuellement transmissibles). Le fait d'avoir subi des violences semble avoir un impact faible sur le recours à des méthodes préventives de contraception (pilule et préservatif) mais est associé à une plus forte propension de recours à la contraception d'urgence (pilule du lendemain) et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Les violences sexuelles, en particulier lorsqu'elles sont subies au cours de l'enfance, ont de nombreuses conséquences, bien au-delà du moment où elles sont perpétrées. Une importante littérature épidémiologique et sociologique montre combien les femmes victimes d'abus pendant leur jeune âge ont un état de santé à la fois physique et psychologique dégradé par rapport aux autres (Romito *et al.*, 2001 ; Higgins et McCabe, 1994). Outre des affections gynécologiques plus nombreuses, elles sont également plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs ou suicidaires, ou encore des comportements addictifs. Ces femmes souffrent également plus souvent d'une moindre estime et confiance en soi (Kendall-Tackett *et al*., 1993), ce qui peut avoir des incidences dans la vie quotidienne, altérer leurs relations avec les autres, notamment lorsqu'elles sont intimes.

Sans pour autant s'enfermer dans un discours déterministe, de nombreux travaux montrent également que les femmes ayant subi des violences sexuelles pendant l'enfance se trouvent plus fréquemment exposées que les autres à toute forme d'agressions physiques ou psychologiques et qu'elles ont en général moins de ressources pour s'en protéger (Jaspard *et al.*, 2003a).

L'implication des violences sexuelles subies pendant l'enfance sur les comportements sexuels en général, en dehors de leur éventuelle composante violente, a fait l'objet de moindres investigations. Quelques études montrent cependant que les abus pourraient avoir une incidence sur le calendrier de l'entrée dans la sexualité : les victimes sont généralement plus précoces que les autres filles (Jaspard *et al.,* 2003b). Les attirances et les pratiques homosexuelles seraient également liées à des situations de mise en danger (Lhomond et Saurel-Cubizolles, 2003, 2006) : les victimes de violences sexuelles déclarent plus fréquemment que les autres femmes une orientation homosexuelle et réciproquement. Les autres modalités de la vie affective et sexuelle, aussi bien en termes de relations sexuelles (choix du partenaire, situation conjugale, etc.) que de pratiques sexuelles, ne sont pas abordées. En outre, la plupart des études portent sur les femmes et n'envisagent donc pas que les violences puissent avoir des effets sur les parcours sexuels des jeunes hommes en dehors de leur participation à la répétition d'une violence de genre (Romito et Gerin, 2002) : les hommes victimes pendant leur enfance sont plus fréquemment étudiés comme agresseurs potentiels que comme victimes ultérieures.

Sans chercher nécessairement à montrer un lien de causalité entre violences sexuelles subies et comportements sexuels, on peut néanmoins s'interroger sur la chronologie de certains événements vécus. On peut supposer que le dérèglement des relations interpersonnelles que représentent les situations de violence a une incidence sur la capacité à envisager et engager des relations intimes et que celle-ci est différente selon le moment où ces événements douloureux se sont produits : au cours de l'enfance ou à l'âge adulte.

L'enquête Événements de vie et santé (EVS) permet justement de préciser à quel point les violences sexuelles subies tout au long de la vie, et en particulier au cours des dernières années, sont associées à des constructions et expressions différentes de la sexualité. Elle offre la possibilité de tester dans quelle mesure les importantes répercussions psychologiques de la plupart des violences sexuelles subies (voir l'article p. 99) jouent un rôle dans le choix des pratiques sexuelles et dans la prise de risque à l'égard des infections sexuellement transmissibles (IST) ou des grossesses non désirées – sans jamais pouvoir exclure que les infections sexuelles aient pu être contractées lors de relations violentes.

Une enquête quantitative sur les violences et la santé telle que l'enquête EVS ne peut prétendre aborder en détail la vie sexuelle des personnes interrogées. Par construction (voir l'article p. 35), la sexualité est abordée dans un cadre de référence épidémiologique au sein duquel il est néanmoins possible de repérer, à travers quelques indicateurs nécessairement partiels, certaines de ses multiples facettes : sociale, affective, conjugale, génésique ou sanitaire.

L'impact des violences sur les événements de la vie est au demeurant difficile à établir, parce que les violences sont rarement des faits isolés mais participent généralement d'un continuum qui peut agir à des niveaux différents et dans des temporalités diverses (Menahem, 1992 ; Romito *et al.*, 2001). Dans un nombre important de situations, les atteintes sexuelles sont associées à d'autres types d'agressions (Jaspard *et al.*, 2003a ; voir l'article p. 71). L'enquête EVS permet de resituer les différentes modalités de la sexualité par rapport à différents types d'atteintes ou de brutalités survenues dans le passé ou au cours d'une période plus récente, et qui ne sont pas uniquement sexuelles. Elle offre donc la possibilité de mieux distinguer les effets à long terme des différentes violences sur l'engagement dans des relations affectives durables et leurs expressions.

Violences et pratiques sexuelles

Les jeunes déclarent davantage de violences interpersonnelles

L'importante vulnérabilité des jeunes aux violences interpersonnelles est attestée dans de nombreuses enquêtes réalisées en France (Jaspard *et al.*, 2003a ; Beltzer *et al.*, 2005 ; voir l'article p. 71). Dans l'enquête EVS, les jeunes sont les plus nombreux à déclarer avoir subi des violences physiques, verbales ou psychologiques, et sexuelles au cours des deux années précédant l'enquête (tableau 1). Ces violences sont fréquemment associées à leur mode de vie et aux risques que celui-ci peut occasionner. Mais cette explication liée au cycle de vie n'est pas suffisante, dans la mesure où les jeunes sont également ceux qui se disent davantage victimes de différents types de violences (physiques ou psychologiques) au cours de leur existence. Plusieurs hypothèses non concurrentes doivent donc être envisagées pour rendre compte de ce phénomène. En dehors de l'effet de sélection de la mémoire des personnes les plus âgées, on peut évoquer une augmentation des faits de violence physique et surtout une plus grande capacité à énoncer, et dénoncer, des actes jugés répréhensibles et non pas seulement honteux pour ceux qui les subissent. Plusieurs sources statistiques ou enquêtes déclaratives indiquent en effet la progression de différentes violences (Robert, 2009 ; ONDRP, 2010). Des analyses plus récentes témoignent aussi des progrès importants que les victimes ont accomplis pour reconnaître les faits qu'elles ont subis, les verbaliser, pour elles-mêmes ou des recours extérieurs (Jaspard *et al*., 2003a ; Bajos et Bozon, 2008b ; voir les articles p. 71 et 85).

Les femmes davantage exposées aux violences sexuelles

Au cours des deux années précédant l'enquête EVS, les jeunes hommes et femmes de 18 à 30 ans[1] déclarent dans une proportion à peu près équivalente avoir subi des violences (tous types de violences confondus). Comme dans le dispositif d'enquêtes de victimation développé par l'INSEE, la population masculine énonce toutefois relativement plus d'atteintes physiques que les femmes (Djider et Vanovermeir, 2007) lorsqu'elles sont commises en dehors du ménage.

À l'échelle de leur vie entière, en revanche, les personnes des deux sexes ne déclarent pas les mêmes faits, ce qui suggère des expositions à des formes différenciées de violences pendant l'enfance et l'adolescence, et sans doute des manières différentes de percevoir et de restituer leurs souffrances. Les jeunes hommes énoncent, là encore, avoir subi relativement plus de violences physiques mais aussi de violences verbales, tandis que les femmes déclarent plus souvent des carences affectives au cours de leur enfance, ainsi que des violences sexuelles (tableau 1).

1. Afin de limiter les effets de génération et de cycle de vie très importants dans la mesure des violences subies, ce chapitre se concentre uniquement sur les personnes de 18 à 30 ans.

Les agressions sexuelles commises en France concernent surtout les jeunes (voire très jeunes) femmes (Jaspard *et al.*, 2003a ; Tournyol du Clos et Le Jeannic, 2008 ; voir aussi l'article p. 99). D'après les données de l'ENVEFF confirmées par celles de l'enquête EVS, la plupart de ces violences ont été subies avant 25 ans : pendant l'enfance pour les attouchements et au début de l'âge adulte pour les viols ou tentatives, c'est-à-dire au moment où la plupart des jeunes font leur apprentissage relationnel et sexuel, puisque l'âge médian au premier rapport sexuel se situe entre 17 et 18 ans pour les femmes et les hommes (Bajos et Bozon, 2008a).

Tableau 1

Personnes ayant subi des violences précédant l'enquête en fonction de l'âge et du sexe (en %)

	18-30 ans			18-75 ans		
	Hommes	Femmes	**Ensemble**	Hommes	Femmes	**Ensemble**
Au cours de la vie (sans les deux dernières années précédant l'enquête), vous est-il arrivé...						
Carences affectives … de souffrir d'un grave manque d'affection ?	14,7	18,4	**16,6**	17,1	25,3	**21,3**
Violences verbales … qu'on vous insulte, profère des cris, des injures, des menaces verbales à votre encontre ?	45,7	29,9	**37,8**	37,4	27,3	**32,8**
Violences psychologiques*	45,0	45,6	**45,3**	39,5	46,3	**43,0**
Violences physiques … qu'on vous gifle, frappe, exerce d'autres brutalités physiques contre vous, ou qu'on tente de le faire ?	27,0	15,7	**21,4**	20,5	16,3	**18,3**
Violences sexuelles** … de subir des attouchements sexuels, des tentatives de rapports sexuels forcés ou des rapports sexuels forcés ?	1,1	7,6	**4,4**	1,3	8,4	**5,0**
Au cours des deux dernières années précédant l'enquête, vous est-il arrivé...						
Violences verbales … qu'on vous insulte, profère des cris ; des injures, des menaces verbales à votre encontre ?	30,5	27,5	**29,0**	18,2	19,0	**18,6**
Violences psychologiques	38,9	41,0	**39,9**	28,6	26,9	**27,8**
Violences. physiques … qu'on vous gifle, frappe, exerce d'autres brutalités physiques contre vous, ou qu'on tente de le faire ?	10,7	5,4	**8,1**	2,8	4,2	**3,5**
Violences sexuelles* * *	6,1	6,2	**6,2**	2,5	3,1	**2,8**
Nombre de personnes déclarant avoir subi des violences	744	973	**1 717**	3 920	5 050	**8 970**

* Violences psychologiques (au moins une réponse positive dans la liste suivante).
Vous est-il arrivé …
… qu'on vous dénigre ou dévalorise votre apparence physique, votre tenue vestimentaire, vos idées, ce que vous aviez fait ?
… qu'on vous empêche de parler avec des amis, des connaissances ou des membres de votre famille ou qu'on vous empêche de les rencontrer ?
… qu'on vous impose des façons de vous habiller, de vous coiffer ou de vous comporter ?
… qu'on exige de savoir où et avec qui vous étiez à un autre moment ou qu'on cherche à contrôler vos fréquentations ou vos déplacements ?
… qu'on refuse totalement de discuter avec vous ?
… de recevoir des appels téléphoniques malveillants, y compris si personne ne parlait, ou des lettres malveillantes ?
… qu'on s'en prenne à une (ou des) personne(s) qui vous est (sont) proche(s) ou qu'on menace de vous séparer d'elle(s) ?

** Violences sexuelles au cours de la vie, sans les deux dernières années précédant l'enquête : intègre un certain nombre de personnes qui n'ont pas déclaré de violences sexuelles à la première question mais l'ont fait plus tard, dans le questionnaire auto-administré par ordinateur (procédé audio-CASI) après la consigne suivante : « L'enquêteur vous a interrogé(e) au sujet de situations que vous avez peut-être vécues et dont il n'est pas toujours facile de parler. Si maintenant vous le souhaitez, vous pouvez répondre à la question suivante : au cours de votre vie, avez-vous subi des attouchements ou des rapports sexuels forcés ? »

*** Violences sexuelles au cours des deux dernières années (une réponse positive à au moins une de ces questions).
Vous est-il arrivé que quelqu'un…
… exhibe devant vous ses organes sexuels ou se déshabille devant vous contre votre volonté ?
… cherche à vous embrasser contre votre gré ou à vous imposer un contact physique ?
… vous force à subir ou à faire des attouchements sexuels, a essayé ou est parvenu à avoir avec vous un rapport sexuel contre votre gré ?

Champ • Ensemble des personnes de 18 à 75 ans (n = 8970) résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Une entrée dans la sexualité plus précoce pour les jeunes ayant subi des violences

L'enquête EVS ne décrit pas en détail l'entrée dans la sexualité comme le ferait une enquête spécifique sur les comportements sexuels. Elle offre néanmoins une description efficace du profil sexuel des personnes interrogées en abordant un certain nombre d'aspects qui sont généralement interprétés, dans la littérature épidémiologique, comme des indicateurs de risque[2] par rapport au sida ou autres infections sexuellement transmissibles (IST) : l'âge au premier rapport sexuel qui, par ailleurs, est considéré comme un assez bon indicateur de la variété et de la diversité des expériences sexuelles à venir (Bozon, 1993) ; le nombre et le sexe[3] des partenaires actuels et au cours de la vie (Léridon, 1993, 2008).

La plupart des jeunes s'initient à un âge inscrit dans une fenêtre de plus en plus étroite, généralement avant 23 ans, comme l'indiquent les données de l'enquête EVS et celles de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) [Bajos et Bozon, 2008a; Maillochon, 2010]. Environ 80 % des 18-30 ans ont déjà eu une première expérience sexuelle, laquelle, depuis quelques années, semble moins conditionnée par l'origine sociale ou culturelle que par la nature et la structure des parcours biographiques (Lagrange et Lhomond, 1997).

Au moment où ils ont été interrogés, 19,4% des hommes et 13,1% des femmes n'étaient pas en couple (tableau 2). La majorité des jeunes (77,7% des hommes et 86,3% des femmes) avaient une relation avec un partenaire sexuel unique et une faible minorité (2,9% des hommes et 0,6% des femmes) avec plusieurs. Le début de l'âge adulte est souvent une période où les relations se succèdent. Pour les 18-30 ans, le nombre médian de partenaires au cours de la vie est de 3 pour les hommes et de 2 pour les femmes. Un tiers des hommes ont eu au total plus de cinq partenaires depuis leur initiation contre moins d'un cinquième des femmes. Ces résultats convergent avec ceux obtenus dans l'enquête CSF réalisée en France en 2005-2006 (Léridon, 2008).

Du point de vue de leur entrée dans la sexualité et de l'organisation de leurs premières relations, les personnes ayant subi des violences à un moment de leur vie présentent des caractéristiques relativement différentes de celles de leur classe d'âge. Les atteintes subies ne seraient pas associées à une entrée plus tardive dans la sexualité, au contraire. Les personnes ayant rencontré une forme de violences ou une autre (à l'exception des violences psychologiques) au cours de leur vie sont plus nombreuses que les autres à avoir déjà eu des relations sexuelles (tableau 2). Ainsi, 87 % des hommes et 94 % des femmes de 18-30 ans ayant subi des violences sexuelles dans leur vie ont déjà eu une expérience sexuelle contre respectivement 82 % et 80 % de l'ensemble des jeunes de cette tranche d'âge. L'âge médian du premier rapport sexuel des hommes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles est inférieur à celui des personnes qui n'en ont pas déclaré, comme l'avait montré l'enquête ENVEFF pour la seule population féminine (Jaspard *et al.*, 2003a).

Des relations de couple moins fréquentes pour les femmes ayant subi des violences physiques, verbales ou sexuelles récentes

Les hommes qui ont subi des violences physiques récemment se déclarent moins souvent en couple (70 % d'entre eux) que la moyenne d'entre eux (80 % des 18-30 ans) ; les femmes qui ont subi des violences physiques, mais aussi verbales ou sexuelles dans une période récente aussi (tableau 2), éventuellement parce qu'elles viennent de rompre une relation conjugale qui pouvait être violente (Jaspard *et al.*, 2003a), situation moins fréquente pour les hommes. Seules

2. Les « indicateurs de risque » désignent des situations qui, statistiquement, sont associées à des formes d'exposition au risque, alors que les « facteurs de risque » (ne pas utiliser de préservatifs par exemple) désignent des pratiques qui peuvent entraîner la contamination. Ils seront étudiés dans les sections suivantes.

3. Des travaux antérieurs ont montré le lien important entre attirances et pratiques homosexuelles et violences subies (Lhomond et Saurel-Cubizolles, 2003, 2006), mais il ne sera pas abordé dans ce chapitre.

les femmes ayant souffert de graves carences affectives au cours de l'enfance et de violences verbales au cours des deux dernières années déclarent plus fréquemment avoir plusieurs partenaires sexuels au moment de l'enquête (respectivement 2,7 % et 1,6 % contre 0,6 % pour l'ensemble des femmes de 18-30 ans). Il en est de même pour les hommes, plus rares, qui ont subi des violences sexuelles au cours de leur vie.

Un changement de partenaires plus important chez les femmes victimes de violences

Les femmes qui ont subi des violences ont, en général, connu plus de partenaires au cours de leur vie que les autres : 34 % des femmes ayant souffert de carences affectives au cours de leur enfance et 42 % parmi les victimes récentes d'agressions sexuelles ont eu plus de 5 partenaires contre 17 % des femmes de 18 à 30 ans. Le lien entre la fréquence des partenaires sexuels et les violences subies relève de mécanismes différents suivant le sexe. Seuls les hommes ayant subi des agressions sexuelles récentes ont eu plus souvent de nombreux partenaires sexuels (37 % d'entre eux), ainsi que ceux ayant souffert de carences affectives (41 % d'entre eux), d'atteintes verbales au cours de la vie ou des deux dernières années (43 % d'entre eux) [tableau 2].

Ces résultats peuvent également être interprétés en termes de parcours sexuels. Les hommes qui ont subi des violences physiques et les femmes qui ont vécu différentes formes de violences (à l'exception des violences psychologiques) au cours des deux années précédant l'enquête déclarent moins souvent un partenaire sexuel au moment de l'enquête même si, comme on vient de le voir, elles ont eu un nombre relativement plus important de partenaires au cours de leur vie. Le fait que les victimes sont moins souvent en couple que les autres au moment de l'enquête bien qu'elles aient un nombre relativement plus impor-

TABLEAU 2

Entrée dans la sexualité et nombre de partenaires des personnes de 18-30 ans en fonction des violences subies (en %)

	Au moins une expérience sexuelle		Pas de relation en cours		Multipartenariat en cours		Plus de 5 partenaires sexuels dans la vie	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Au cours de la vie (sans les deux dernières années précédant l'enquête)								
Carences affectives	**91,9**	**89,7**	18,3	12,4	3,9	**2,7**	**41,3**	**34,4**
Violences verbales	85,0	**84,2**	16,8	13,6	3,4	1,1	**42,6**	23,2
Violences psychologiques	83,0	82,5	18,4	13,8	3,1	0,9	35,8	**21,7**
Violences physiques	**88,0**	**89,6**	**14,9**	17,6	2,2	1,9	35,4	**34,5**
Violences sexuelles*	87,3	**93,7**	28,6	13,5	**19,6**	0,7	47,2	**31,2**
Au cours des deux dernières années précédant l'enquête								
Violences verbales	85,5	**85,9**	15,8	**17,1**	3,3	**1,3**	**42,7**	**23,8**
Violences psychologiques	81,9	81,7	17,9	14,9	2,5	1,0	36,4	**21,8**
Violences physiques	80,7	90,3	**30,6**	**38,4**	3,1	0,8	34,4	25,7
Violences sexuelles*	81,0	87,1	13,4	**28,3**	0,5	0,4	**36,6**	**41,8**
Ensemble des 18-30 ans	82,4	80,1	19,4	13,1	2,9	0,6	32,8	17,3

* Les violences sexuelles au cours de la vie et au cours des deux dernières années sont répertoriées selon la même procédure que dans le tableau 1.

Note • Les pourcentages sont en gras quand le test du Chi-2 indique qu'ils sont significativement différents du pourcentage marginal à un seuil de 5 % de risques.

Lecture • 34,4 % des femmes ayant subi des carences affectives au cours de leur vie ont eu plus de cinq partenaires au cours de la vie (contre 17,3 % des femmes du même âge). Cette différence est significative au seuil de 5 % d'après le test du Chi-2.

Champ • Ensemble des 18-30 ans (n=1717) résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

tant de partenaires peut cacher deux mécanismes différents : une inflexion dans la carrière sexuelle des jeunes qui viennent de subir des violences et ne seraient pas disponibles pour engager une relation ; un moindre investissement dans des relations durables, les victimes récentes s'engageant moins longtemps, ce qui expliquerait le nombre relativement important de partenaires mais leur probabilité plus faible que la moyenne d'en avoir un au moment de l'enquête. Il s'agirait alors, en quelque sorte, d'un plus grand « *turn-over* » des relations.

Il est possible également qu'un nombre relativement important de partenaires soit à l'origine des violences subies, dans la mesure où il augmente structurellement l'exposition à des rencontres éventuellement dangereuses. Le cas échéant, les conséquences éventuelles d'un important multipartenariat sériel ne se manifestent pas de la même façon pour les hommes et pour les femmes. En effet, pour les femmes, avoir connu plus de cinq partenaires est associé à des violences de différentes natures survenues au cours des deux dernières années, alors que pour les hommes, avoir eu de nombreux partenaires est principalement associé à des violences sexuelles, pourtant très peu fréquentes.

« Toutes choses égales par ailleurs », les violences subies ont des effets différenciés sur les parcours sexuels

Dans la mesure où l'expérience sexuelle, le fait d'avoir ou non un partenaire au moment de l'enquête ainsi que le nombre total de partenaires sont fortement conditionnés par l'âge d'une part et la situation sociale[4] d'autre part, il est important de mesurer l'effet propre de chaque type de violences subies sur les modalités de la sexualité des jeunes en contrôlant l'effet de ces variables (tableau 3).

À caractéristiques sociales identiques, seules les femmes semblent voir l'âge de leur initiation sexuelle affecté par les violences subies au cours de leur vie. Quand elles ont subi des atteintes psychologiques, physiques ou sexuelles, les femmes ont leur première relation plus précocement que les autres, « toutes choses égales d'ailleurs ». Pour les hommes, le lien entre violences subies au cours de la vie et entrée dans la sexualité ne semble pas se maintenir *in fine* par rapport aux autres contraintes sociales qui s'exercent sur eux à ce moment.

En revanche, les violences subies au cours de la vie semblent avoir une incidence sur le nombre (relativement important) de partenaires dans la vie sexuelle ultérieure, pour les hommes comme pour les femmes, et sur leur situation « conjugale » au moment de l'enquête, avec des différences selon le sexe.

Si elles n'agissent pas sur le moment où ils ont leur première expérience, certaines violences subies par les hommes[5] vont de pair avec une plus forte propension à être en couple au moment de l'enquête. Ceux qui, au cours de leur vie, ont subi des violences physiques et ceux qui se plaignent de violences verbales récentes (durant les deux années précédant l'enquête) ou plus anciennes, sont généralement plus souvent en couple que les autres. Pour comprendre ce résultat, il faut le resituer dans une période de la vie où les contraintes sociales, et notamment professionnelles, pèsent très fortement sur la probabilité d'être en couple et plus encore pour les hommes que pour les femmes (Maillochon et Selz, 2009).

4. Les violences sexuelles dans le couple, mais surtout en dehors du ménage, touchent plus fortement les femmes de faible niveau scolaire (Tournyol du Clos et Le Jeannic, 2008).

5. Aucun lien entre la nature des violences subies et l'absence de relation actuelle n'est significatif chez les femmes. Cela ne signifie pas qu'il n'y ait pas de liens entre les deux mais qu'il ne peut être interprété, étant données les contraintes de l'échantillon.

Les jeunes qui ont subi des violences, quels que soient leur nature et le moment où elles se sont produites, sont aussi ceux qui énoncent le plus grand nombre de partenaires sexuels au cours de leur vie, « toutes choses égales d'ailleurs ». Dans leur cas, les violences agiraient moins sur la capacité à établir des relations que sur la possibilité de les inscrire dans une certaine durée. La moindre confiance en soi des victimes de violences (Kendall-Tackett *et al.*, 1993) ou leur moins bonne santé psychique ou physique (voir l'article p. 71) pourraient constituer des facteurs limitant leur possibilité d'engagement dans des relations durables. Dans le cas des femmes, une autre possibilité importante doit être prise en considération : celle que les violences subies aient été le fait d'un partenaire sexuel qu'elles auraient ensuite quitté (Jaspard *et al.*, 2003a).

Si les différents indicateurs étudiés jusqu'ici permettent de dessiner très grossièrement certains aspects de la vie sexuelle, ils peuvent aussi être analysés dans un cadre épidémiologique, en fonction des risques qu'ils comportent. La précocité sexuelle, le nombre de partenaires ou le multipartenariat ainsi que la durée des relations, sont en effet généralement considérés comme des indicateurs de risque, à l'égard des infections sexuellement transmissibles (IST) mais aussi des grossesses non désirées.

Tableau 3

Risques induits par les différentes violences subies sur la vie sexuelle des jeunes de 18-30 ans (odds ratios)

	Au moins une expérience sexuelle		Pas de relation en cours		Multipartenariat en cours		Plus de 5 partenaires sexuels dans la vie	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Carences affectives								
• au cours de la vie	1,4	2	1,1	0,8	1,3	- -	**1,6**	**2,9**
Violences verbales								
• au cours de la vie	0,8	0,8	**0,7**	0,9	1,3	- -	**1,5**	**1,8**
• deux dernières années	**0,6**	0,7	**0,7**	1	1,3	- -	**1,8**	**2**
Violences psychologiques								
• au cours de la vie	0,9	**0,7**	1	1	1,2	- -	**1,6**	**1,7**
• deux dernières années	0,9	1	0,9	0,9	1	- -	1	**1,6**
Violences physiques								
• au cours de la vie	0,9	**0,6**	**0,6**	0,9	0,9	- -	**1,5**	**3,8**
• deux dernières années	0,7	**0,2**	1	1,5	**2,5**	- -	**1,9**	1,6
Violences sexuelles*								
• au cours de la vie	1,4	**0,5**	1,8	0,9	- -	- -	1,3	**1,8**
• deux dernières années	0,9	0,8	0,7	1,4	- -	- -	**2,5**	**4,4**

* Les violences sexuelles au cours de la vie et au cours des deux dernières années sont répertoriées selon la même procédure que dans le tableau 1.

Mode de construction • Pour chaque comportement sexuel ou relationnel et pour chaque sexe, cinq modèles sont réalisés en intégrant les mêmes variables de contrôle (âge en continu, niveau de diplôme le plus élevé obtenu, situation professionnelle) et successivement un type de violences survenues au cours de la vie et au cours des deux dernières années.

Note • Les chiffres en gras indiquent que suivant le test de Wald, l'odds ratio est significativement différent de 1 à un seuil $p<0,05$. Le signe - - indique qu'en raison des effectifs réduits de la situation, les modèles n'ont pu être spécifiés.

Lecture • Les hommes qui ont subi des violences physiques au cours de la vie (sans les deux dernières années) ont un risque (odds ratio) 1,5 fois (les femmes respectivement 3,8 fois) plus élevé d'avoir connu 5 partenaires sexuels différents au cours de leur vie que les hommes (resp. les femmes) qui n'ont pas subi ce type de violences, « toutes choses égales par ailleurs » (à âge, situation professionnelle, niveau de diplôme et violences physiques au cours des deux dernières années contrôlés). Les hommes qui ont subi des violences physiques au cours des deux dernières années ont également un risque plus élevé d'avoir connu 5 partenaires sexuels différents au cours de leur vie que les hommes qui n'ont pas subi ce type de violences, « toutes choses égales par ailleurs » (à âge, situation professionnelle, niveau de diplôme et violences physiques au cours de la vie entière sans les deux dernières années contrôlés) ; ce ratio n'est pas significatif pour les femmes.

Champs • Ensemble des 18-30 ans (hommes: n=744 ; femmes: n=973) résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Violences et sexualité à risque

Les précédents résultats suggèrent que les violences subies au cours de la vie et des deux dernières années pourraient être associées à une plus forte prise de risque, du fait notamment de la fréquence du multipartenariat simultané ou successif. En interrogeant les individus sur leurs pratiques de prévention à l'égard des IST et des grossesses, l'enquête EVS permet d'envisager plus directement le lien entre violences et prises de risque.

Dans cette étude, le risque de grossesse est considéré comme l'absence de moyens de contraception quand une conception est possible mais non désirée (la femme n'est pas enceinte et l'un des partenaires ne veut pas avoir d'enfant). Le risque à l'égard des IST est défini comme l'absence de recours au préservatif avec le ou les partenaire(s) actuel(s). Il s'agit d'une appréciation générale des personnes interrogées sur leurs pratiques contraceptives ou prophylactiques au moment de l'enquête. Cet indicateur assez grossier ne vise pas à décrire les logiques individuelles de prévention contre les IST et à tester leur cohérence, mais à mesurer, dans une perspective épidémiologique plus modeste, la possibilité d'être en contact avec une cause d'infection. En outre, les recours à la pilule du lendemain et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) peuvent être considérés comme le reflet de prises de risque avérées, intéressantes à étudier en soi et à comparer aux précautions que les individus déclarent utiliser par ailleurs.

Un recours encore fréquent à l'IVG et à la pilule du lendemain

Avec leur partenaire actuel, les jeunes de 18 à 30 ans interrogés dans l'enquête EVS semblent prendre peu de risques à l'égard d'une éventuelle grossesse : seulement 3,7 % des hommes et 2,4 % des femmes confient ne pas avoir employé de méthodes contraceptives. La majorité des jeunes utilisent désormais les préservatifs au cours de leurs premières relations sexuelles, et notamment à l'occasion des premiers rapports, comme en attestent toutes les enquêtes (Beck *et al.*, 2007 ; Beltzer *et al.*, 2005 ; Bajos et Bozon, 2008a). Par conséquent, la plupart des jeunes (73 % des hommes et 76 % des femmes) s'estiment protégés des IST avec leur partenaire actuel. Néanmoins, l'enquête EVS montre que 27,2 % des femmes et 32,9 % des partenaires des hommes ont déjà eu recours à la pilule du lendemain et 15,6 % des femmes ont effectué au moins une IVG au cours de leur vie. Comme dans toutes les enquêtes déclaratives réalisées en population générale, la proportion d'interruptions de grossesse réalisées est relativement plus faible que celle établie en fonction des déclarations officielles (Moreau *et al.*, 2004). Indépendamment des problèmes de couverture de la population, cette sous-déclaration serait liée, d'une part aux réticences à parler d'un sujet sensible, généralement douloureux et encore condamné d'un point de vue religieux ou moral, et, d'autre part, à la difficulté de comptabiliser une pratique aux formes variées (de la fausse-couche plus ou moins provoquée à l'intervention chirurgicale). L'oubli et la confusion de langage seraient par ailleurs très fortement différenciés socialement (Moreau *et al.*, 2004).

Le fait d'avoir subi des violences a un faible impact sur le recours à des mesures de précaution à l'égard d'une grossesse non désirée ou d'une IST

La quasi-totalité des jeunes déclarent utiliser un mode de contraception. Les choix en termes de contrôle des naissances semblent peu affectés par les violences rencontrées, en dehors des violences psychologiques subies au cours de la vie et, pour les hommes uniquement, des carences affectives pendant l'enfance (tableau 4).

Les victimes récentes de violences physiques semblent prendre moins de précautions à l'égard des IST. Il en est de même pour les femmes qui ont subi des violences psychologiques au cours des deux années précédant l'enquête, ainsi que pour les hommes qui ont subi des violences

sexuelles au cours de leur vie. Toutefois, cet effet disparaît partiellement lorsqu'on tient compte de l'âge des personnes, de leur situation professionnelle ou de leur niveau de diplôme qui conditionnent fortement les connaissances en matière de prévention et leurs pratiques (tableau 5). Le recours à un moyen de contraception et au préservatif afin d'éviter une IST serait donc davantage lié à certains facteurs sociaux comme l'âge, le diplôme ou le statut professionnel qu'au fait d'avoir subi des événements comme les violences.

Si l'enquête EVS ne permet pas d'établir clairement un lien entre violences subies et mesures de protection déclarées contre les grossesses non désirées ou les IST, les violences peuvent néanmoins avoir un lien assez étroit avec les expositions effectives au danger, comme le montre l'importance du recours à la pilule du lendemain ou à l'IVG.

La contraception d'urgence est plus fréquente chez les personnes ayant connu des violences (verbales et physiques pour les hommes, sexuelles pour les femmes)

Le recours à la pilule du lendemain indique certes la volonté ultime de prévenir une grossesse, mais souligne également les failles d'une contraception préventive. L'usage de la contraception d'urgence met donc en lumière des prises de risque effectives lors des rapports sexuels, même si les personnes espéraient se protéger sur le moment ou pensaient pouvoir le faire, étant donné

Tableau 4

Prises de risque à l'égard des IST et des grossesses en fonction des violences subies parmi les jeunes de 18-30 ans (en %)

	Absence de contraception actuelle en situation de grossesse possible et non désirée		Absence de moyen de précaution actuelle contre les IST		Recours à la pilule du lendemain (au moins une fois dans sa vie)		Recours à l'IVG (au moins une fois dans sa vie)
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes (pour leur partenaire)	Femmes (pour elles-mêmes)	Femmes
Au cours de la vie (sans les deux dernières années précédant l'enquête)							
Carences affectives	**10,2**	2,2	18,0	14,1	39,8	**39,4**	**20,9**
Violences verbales	2,1	0,8	23,5	19,7	**40,6**	25,1	16,4
Violences psychologiques	**5,4**	**1,0**	24,0	13,5	**37,3**	30,4	17,4
Violences physiques	2,5	2,4	20,8	11,5	**40,6**	33,6	**23,0**
Violences sexuelles *	9,1	0,8	**65,4**	17,3	**63,8**	**40,1**	**31,1**
Au cours des deux dernières années précédant l'enquête							
Violences verbales	4,2	1,0	23,9	15,3	**42,2**	31,5	15,2
Violences psychologiques	4,5	1,9	24,6	**20,0**	**37,2**	**31,8**	17,6
Violences physiques	2,0	2,0	**35,4**	**28,6**	**57,0**	**43,3**	**32,6**
Violences sexuelles *	0,0	2,2	35,2	20,4	**65,7**	**41,1**	**25,5**
Ensemble des 18-30 ans concernés	3,7	2,4	23,6	15,3	32,9	27,2	15,6
Effectifs	464 [b]	658 [b]	464 [b]	658 [b]	621 [a]	813 [a]	813 [a]

* Les violences sexuelles au cours de la vie et au cours des deux dernières années sont répertoriées selon la même procédure que dans le tableau 1.

Note • Les pourcentages sont en gras quand le test du Chi-2 indique qu'ils sont significativement différents du pourcentage marginal à un seuil de 5 % de risques.

Lecture • 39,4 % des femmes âgées de 18 à 30 ans et ayant subi des carences affectives au cours de leur vie ont déjà eu recours à la pilule du lendemain (contre 27,2 % des femmes du même âge). Cette différence est significative au seuil de 5 %.

Champs • a : ensemble des hommes (respectivement des femmes) de 18-30 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ; b : ensemble des hommes (respectivement des femmes) de 18-30 ans ayant un partenaire sexuel actuellement.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

la forte proportion de personnes déclarant utiliser des moyens anticonceptionnels. Les échecs de ces méthodes de prévention (pilule ou préservatif) ont des origines variées, qui relèvent à la fois de composantes structurelles comme l'accès à l'information et à la contraception, et de composantes plus individualisées comme l'ambivalence vis-à-vis d'un désir de grossesse (Bajos *et al.*, 2002). Ils témoignent en outre de différents rapports au temps, notamment en termes de projection de soi dans l'avenir. Même si aucune étude n'aborde, autrement qu'à travers le prisme de l'usage du préservatif, les représentations que les hommes se font de la contraception (et le rôle qu'ils tiennent dans son efficacité), on peut supposer qu'elles dépendent, comme pour leurs partenaires, de certains facteurs sociaux et biographiques. Le recours à cette contraception d'urgence diffère d'ailleurs peu quand on considère les réponses des femmes et des hommes du même âge : 27 % des femmes déclarent l'avoir employée et 33 % des hommes déclarent qu'au moins une de leurs partenaires l'a utilisée.

La fréquence de cette contraception d'urgence est plus importante parmi les hommes victimes de violences quelles que soient leur nature et la période où elles se sont produites. Les

TABLEAU 5

Risques induits par les différentes violences subies sur les prises de risque en matière de sexualité parmi les jeunes de 18-30 ans (odds ratios)

	Absence de contraception actuelle en situation de grossesse possible et non désirée		**Absence de moyen de précaution actuelle contre les IST**		**Recours à la pilule du lendemain (au moins une fois dans sa vie)**		**Recours à l'IVG (au moins une fois dans sa vie)**
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes (pour leur partenaire)	Femmes (pour elles-mêmes)	Femmes
Carences affectives							
• au cours de la vie	**3,2**	1,2	1,5	0,9	**1,9**	**1,5**	**1,7**
Violences verbales							
• au cours de la vie	0,4	0,4	1,2	1,4	**1,4**	0,8	1,2
• deux dernières années	1,4	0,6	0,8	0,6	**1,7**	1,2	**1,4**
Violences psychologiques							
• au cours de la vie	2,3	0,4	1,2	**0,6**	1,3	1,1	1,2
• deux dernières années	1,3	1,3	1	1,3	1,3	1,2	**1,5**
Violences physiques							
• au cours de la vie	1,2	1,4	0,8	0,8	**2**	1,2	1,7
• deux dernières années	0,4	1,2	1,1	1,5	**1,9**	1,3	**2,3**
Violences sexuelles							
• au cours de la vie *		- -	0,8	1,2	1,8	**1,7**	**1,9**
• deux dernières années *		- -	0,8	1,4	2,7	1,2	1,5
Effectifs	464 [b]	658 [b]	464 [b]	658 [b]	621 [a]	813 [a]	813 [a]

* Les violences sexuelles au cours de la vie et au cours des deux dernières années sont répertoriées selon la même procédure que dans le tableau 1.

Mode de construction • Pour chaque comportement sexuel ou relationnel et pour chaque sexe, cinq modèles sont réalisés en intégrant les mêmes variables de contrôle (âge en continu, niveau de diplôme le plus élevé obtenu, situation professionnelle et conjugale – en couple ou non) et successivement un type de violences survenues au cours de la vie et les mêmes violences survenues au cours des dernières années précédant l'enquête.

Note • Les chiffres en gras indiquent que suivant le test de Wald, l'odds ratio est significativement différent de 1 à un seuil p<0,05. Le signe - - indique qu'en raison des effectifs réduits de la situation, les modèles n'ont pu être spécifiés.

Lecture • À âge, situation professionnelle, conjugale et niveau de diplôme contrôlés, les femmes qui ont subi des violences physiques depuis moins de deux ans ont 2,3 fois plus de risque d'avoir recouru à une IVG au cours de leur vie que celles n'ayant pas subi ce type de violences. Ce rapport n'est pas significatif dans le cas des violences physiques subies au cours de la vie (sans les deux dernières années).

Champs • a : ensemble des hommes (respectivement des femmes) de 18-30 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ; b : ensemble des hommes (respectivement des femmes) de 18-30 ans ayant un partenaire sexuel actuellement.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

femmes qui ont été victimes de violences sexuelles, d'atteintes psychologiques ou physiques récentes, ou celles qui déclarent avoir gravement manqué d'affection pendant leur enfance, sont celles qui recourent le plus à la pilule du lendemain (tableau 4). Mais seuls les effets des carences affectives et des violences sexuelles au cours de la vie se maintiennent toutes choses égales d'ailleurs (tableau 5).

Les femmes victimes de violences recourent davantage à l'IVG

Les femmes qui ont subi des violences physiques et sexuelles ou qui ont souffert de carences affectives durant leur enfance ont également plus souvent réalisé une IVG que les autres (tableau 4). Des études sur le recours répété à l'IVG (Garel *et al.*, 1996) montrent par ailleurs qu'il est le fait de femmes généralement dans des situations de précarité ou de détresse sociale, mais aussi psychologique. Or, il apparaît qu'à âge et situation économique égaux, les femmes ayant subi des carences affectives ou des atteintes sexuelles au cours de la vie, mais aussi des atteintes verbales, psychologiques ou physiques récentes énoncent plus souvent que les autres avoir effectué une interruption volontaire de grossesse. Au-delà des détresses sociales, les formes d'atteintes à la personne, qu'elles soient psychiques ou physiques, apparaissent donc corrélées à un moindre contrôle préventif de sa fécondité.

Une gestion tardive des risques de grossesse

Le lien entre violences et prises de risque avérées à l'égard d'une grossesse, qu'elles se traduisent par le recours à la pilule du lendemain ou par l'IVG, ne peut être interprété directement. On peut supposer que les violences subies agissent sur la perception de soi, de son propre corps en particulier, et puissent altérer la confiance en soi ainsi que la projection dans l'avenir qui permettraient d'adopter un comportement prophylactique continu et constant. Les violences subies pourraient modifier la perception que les femmes ont de leurs relations et de la possibilité d'en infléchir le cours, réduisant par la même occasion le pouvoir de contrôle qu'elles s'accordent sur leur corps et leur sexualité : des travaux de psychosociologie ont ainsi montré que la perception individuelle du contrôle de soi et des événements (*locus of control*[6]) était liée aux pratiques de contraception et de prévention des risques en général. Les corrélations statistiques établies entre les prises de risque avérées à l'égard d'une grossesse et les violences subies peuvent également, au moins pour partie, s'expliquer par le fait que les grossesses non anticipées et non souhaitées ont pu être occasionnées directement du fait de violences sexuelles subies.

Le lien entre violences subies et gestion d'urgence de la prise effective de risques (attestée par le recours à une contraception du lendemain ou une pratique abortive) semble plus évident à souligner qu'entre violences subies et prévention du risque. En particulier, les hommes ayant subi ce genre d'atteintes dans leur vie ne se distinguent pas des autres par leurs modes de contraception, mais par un recours plus fréquent de leur partenaire à la pilule du lendemain ce qui, dans ce cas, peut apparaître comme un mode de gestion *a posteriori* du risque encouru. Les femmes ayant souffert de carences affectives ou de violences sexuelles au cours de leur vie, ou de violences physiques récentes ont plus souvent recours à la contraception d'urgence ou à l'IVG que les autres. Si le contrôle du risque à l'égard d'une grossesse ou d'une IST ne semble pas clairement lié statistiquement à une expérience de victimation, les situations où un

6. Défini initialement par Jullian Rotter (1966), cette hypothèse explicative est généralement abordée à travers une échelle qui n'est pas documentée dans l'enquête EVS.

risque évident a été pris (dont la pilule du lendemain ou l'IVG témoigneraient après coup) le sont clairement. Les violences pourraient donc aller de pair avec une plus forte exposition au risque en renvoyant les modes de précaution à une gestion de l'urgence plus qu'à une véritable prévention.

Conclusion

Le fait d'avoir subi des violences au cours de sa vie ou des deux années précédant l'enquête est associé à certains comportements sexuels comportant des prises de risque, en particulier pour les femmes. Les personnes qui ont subi différentes atteintes ou brutalités ont généralement une vie sexuelle qui commence plus tôt et comporte un plus grand nombre de partenaires. Les jeunes femmes sont aussi plus nombreuses à avoir des relations multiples. D'un point de vue de santé publique, les personnes victimes de violences se trouvent donc dans des situations où, structurellement, leur probabilité d'exposition à certains risques est plus importante : leur comportement à l'égard de la contraception orale ou à l'usage du préservatif ne diffère pas de celui des autres, mais elles sont beaucoup plus nombreuses à avoir recours à une contraception d'urgence ou à l'IVG. Cette gestion tardive des risques de grossesse suggère que, même si les violences n'empêchent pas les comportements préventifs des personnes qui les ont endurées, elles pourraient altérer la perception relative du danger qu'elles encourent vraiment. Les violences pourraient donc agir à deux niveaux : en augmentant structurellement les situations à risque et en limitant la perception du danger, occasionnant des prises de risque effectives, attestées par la fréquence du recours à la pilule du lendemain et à l'IVG.

Du point de vue de leurs effets sur les comportements sexuels, la nature des violences subies importe peu : le fait qu'elles soient psychologiques ou sexuelles, par exemple, n'a qu'un effet de degré et pas de nature sur les modalités de la vie affective et sexuelle observées ici. Toutes les violences abordées dans cette enquête agissent dans le même sens (avec une intensité différente, éventuellement[7]). Ce résultat renforce l'idée selon laquelle il est préférable de récuser les oppositions binaires ou caricaturales entre différents types de violences (entre agressions physiques ou sexuelles et atteintes psychologiques par exemple). Dans ce cadre, la gravité de la violence ne serait pas définie par sa nature, mais bien par son authentification comme telle.

Bibliographie

Bajos N., Bozon M. (**sous la dir. de**), 2008a, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*, La Découverte.

Bajos N., Bozon M., 2008b, « Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère », *Population & Sociétés*, INED, n°445, mai.

Bajos N., Ferrand M. et l'équipe GINE, 2002, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, INSERM, coll. « Santé publique ».

Beck F., Guilbert P., Gautier A., 2007, *Baromètre Santé 2005*, INPES, 608 p.

Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X., Vongmany N., Grémy I., 2005, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Évolutions 1992-1994-1998-2001-2004*, ANRS.

7. L'absence de liens peut être due aux effectifs trop faibles de certains croisements.

Beltzer N., Moatti J.-P., Fericelli A. M., 1998, « Choix des stratégies de prévention de l'infection à VIH : une analyse microéconomique » *in* Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. (sous la dir. de), *La sexualité au temps du sida*, Presses universitaires de France, pp. 375-412.

Bozon M., 1993, « L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites », *Population*, INED, n°5, pp. 1317-1352.

Djider Z., Vanovermeir S., 2007, « Des insultes aux coups : hommes et femmes inégaux face à la violence », *INSEE-Première*, n°1124, mars.

Ferrand M., Bajos N., Andro A., 2008, « Accords et désaccords : variations autour du désir », *in* Bajos N., Bozon M. (sous la dir. de), 2008, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé,* La Découverte, pp. 545-576.

Garel M., Crost M. et Kaminski M., 1996, « Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives : enquête dans trois centres français », *Contraception, Fertilité, Sexualité*, Vol. 24, n°1, p. 72-76.

Higgins D. J., McCabe M. P., 1994, « The Relationship of Child Sexual Abuse and Family Violence to Adult Adjustment : Toward an Integrated Risk-sequelae Model », *The Journal of Sex Research*, Vol. 31, n°4, p. 255-266.

Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A., 2003a, *Les violences envers les femmes. Une enquête nationale*. La Documentation Française, 374 p.

Jaspard M., Brown E., Lhomond B., Saurel-Cubizolles M.-J., 2003b, « Reproduction ou résilience : Les situations vécues dans l'enfance ont-elles une incidence sur les violences subies par les femmes à l'âge adulte ? », *Revue française des affaires sociales*, n°3, pp.159-189.

Kendall-Tackett K. A., Williams L.M., Finkelhor D., 1993, « Impact of sexual abuse on children : a review and synthesis of recent empirical studies », *Psychological Bulletin*, n°113, pp.164-180.

Lagrange H., Lhomond B. (sous la dir. de), 1997, *L'entrée dans la sexualité. Le comportement sexuel des jeunes dans le contexte du sida*, La Découverte.

Léridon H., 2008, « Le nombre de partenaires : un certain rapprochement entre les femmes et les hommes, mais des comportements très différents », *in* Bajos N., Bozon M. (sous la dir. de), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*, La Découverte, pp. 215-242.

Léridon H., 1993, « Nombre, sexe et type de partenaires », *in* Spira A., Bajos N. et le groupe ACSF, *Les Comportements sexuels en France*, La Documentation française.

Lhomond B., Saurel-Cubizolles M.-J., 2006, « Violence against women and suicide risk : the neglected impact of same-sex sexual behavior », *Socials Science & Medicine*, n° 62, p. 2002-2013.

Lhomond B., Saurel-Cubizolles M.-J., 2003, « Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé », *in* Broqua C., Lert F., Souteyrand Y (sous la dir. de), *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*, ANRS, pp. 107-130.

Maillochon F., Selz M., 2009, « L'expression d'une identité de couple chez les jeunes : processus relationnel et biographique », *in* Guérin-Pace F., Samuel O., Ville I. (sous la dir. de), *En quête d'appartenances. L'enquête Histoire de vie sur la construction des identités*, INED, pp. 125-146.

Menahem G., 1992, « Troubles de santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance », *Population*, INED, n°4, pp. 893-932.

Moreau C., Bajos N., Bouyer J. et l'équipe Cocon, 2004, « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, INED, n°3-4, pp. 503-518.

ONDRP, 2010, « Criminalité et délinquance enregistrées en 2009. Les faits constatés par les services de police et les unités de gendarmerie », *Bulletin pour l'année 2009 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales*.

Robert P., 2009, *Mesurer la délinquance en Europe. Comparer statistiques officielles et enquêtes*, L'Harmattan, 168 p.

Romito, P., Gerin, D., 2002, « Asking patients about violence: a survey of 510 women attending social and health services in Trieste, Italy », *Social Science & Medicine*, Vol. 54, n°12, 1813-1824.

Romito P., Saurel-Cubizolles M.-J., Crisma M., 2001, « The relationship between parents' violence against daughters and violence by other perpetrators: an Italian study », *Violence Against Women*, 7 (12), 1429-1463.

Rotter J., 1966, « Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements », *Psychological Monographs*, 80, n°609.

Tournyol du Clos L., Le Jeannic T., 2008, « Les violences faites aux femmes », *INSEE-Première*, INSEE, n°1180, février.

Vilain A., 2009, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n°713, décembre.

Partie 4

ÉVÉNEMENTS DE VIE ET COMPORTEMENTS DE SANTÉ : COÛTS HUMAINS, SOCIAUX ET ÉCONOMIQUES

Des parcours de vie difficiles, où surviennent violences et problèmes de santé*

Catherine CAVALIN

L'enquête Événements de vie et santé (2005-2006) montre que les liens entre des violences subies et un état de santé dégradé s'établissent dans des contextes biographiques personnels difficiles.
Une approche réunissant ces trois dimensions (violences subies, état de santé, événements émaillant le parcours biographique) permet de dessiner plusieurs groupes de personnes. Ainsi, deux tiers de la population âgée de 18 à 75 ans apparaissent relativement « protégés » des problèmes de violence, de santé et d'autres événements difficiles de la vie, tandis que le dernier tiers cumule ces difficultés : violences subies (psychologiques, physiques ou sexuelles), état de santé mentale dégradé et parcours biographique heurté.
C'est en matière de santé mentale, plutôt que physique, que femmes et hommes expriment le retentissement sur leur santé des diverses brutalités endurées, l'état de santé mentale constituant probablement aussi une caisse de résonance aux violences et aux autres difficultés éprouvées.

* Cet article reprend en grande partie une étude déjà publiée : Cavalin C., 2009, « Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population », *Études et résultats*, DREES, n° 705, octobre.

L'idée selon laquelle la violence exerce des effets néfastes sur l'état de santé de ceux qui la subissent a connu un cheminement lent dans la conception même que les soignants se font de ce qu'est une victime et du rôle qu'ils ont à jouer auprès d'elle (Hervé et François, 2002). Aujourd'hui, le discours médical est devenu militant, plaidant en faveur du secours aux victimes et d'un meilleur dépistage des violences. Mais si la gravité des conséquences sanitaires des violences est aujourd'hui largement admise, c'est généralement aux suites traumatologiques de celles-ci (plaie, entorse, fracture, etc.) que l'on pense au premier abord. Toutefois, des études cliniques, épidémiologiques ou statistiques montrent que le lien indéniable qui existe entre violences subies et mauvaise santé est beaucoup plus complexe qu'un simple mécanisme de cause à effet.

La violence n'est pas exclusivement et pas nécessairement physique ; elle n'est donc pas toujours immédiatement visible et n'altère pas forcément l'état de santé physique de la victime. De plus, selon leur nature et leur fréquence, les violences ne produisent pas les mêmes effets sur la santé (Jaspard *et al.*, 2003a). Il convient donc de définir très explicitement ce que l'on entend par « victime » et par « malade » : victime de quelle agression et à quelle fréquence ? Malade à l'aune de quels outils de mesure et selon quelles dimensions de la santé (physique, mentale, fonctionnelle, sociale) ? Inversement, certaines formes de violences comme la maltraitance s'expriment plus fréquemment sur des personnes en mauvaise santé, atteintes d'un handicap ou vulnérables du fait de leur âge (aux deux extrêmes de la vie) [Ogrodnik, 2007]. L'exposition à des violences est alors la conséquence, et non la cause, d'un état de santé dégradé (ou d'un autre facteur de « fragilité »). L'idée selon laquelle une personne peut se percevoir comme victime du fait de son état de santé est accréditée sur le plan statistique, et pas seulement qualitatif. Même si l'enquête Histoire de vie ne traite pas à proprement parler de « violences », elle a tout de même mis en évidence que 3 % des personnes âgées de 18 ans ou plus déclarent avoir subi des moqueries, des mises à l'écart ou se sont vu refuser des droits (situations assimilables ici, sans déformer le propos de la question posée dans cette enquête, à des formes de violences psychologiques) « en raison de leur état de santé ou d'un handicap » (Algava et Bèque, 2006, p. 120).

En outre, les liens entre le statut de victime et celui d'auteur de violences ne sont pas univoques. D'une part, certaines pathologies (dans le domaine de la santé mentale, en particulier) peuvent favoriser le fait de devenir non plus victime, mais auteur de violences ; d'autre part, exercer des violences sur autrui expose notamment au risque d'en subir en retour, par réaction de la victime. L'agresseur devient alors « victime » ou peut en tout cas se déclarer comme tel[1]. La psychiatrie a même établi que le fait de commettre certaines atrocités peut générer des troubles mentaux analogues à ceux dont souffrent les victimes (Young, 2002). Être exposé à la violence accroît aussi le risque d'agir de manière violente à l'encontre d'autres personnes (Tursz, 2006) et de passer ainsi de la position de victime à celle d'auteur de violences, voire de cumuler les deux.

Lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) demandait en 2002 d'approfondir les connaissances sur la nature des liens entre violences subies et état de santé (Krug *et al.*, 2002), la complexité de ces interactions était déjà avérée. En France jusqu'alors, l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), réalisée en 2000, était la principale source statistique permettant d'approcher la réalité des violences subies, mais elle se limitait aux femmes âgées de 20 à 59 ans vivant en ménage ordinaire en France. L'un des objectifs de

1. Dans une enquête sur les violences subies, ces cas peuvent évidemment être très ambigus : une personne peut se déclarer victime, signaler des blessures, un arrêt de travail, etc., alors qu'elle est à l'origine de l'événement violent. Une telle enquête ne peut pas totalement se prémunir contre ce problème et l'on peut faire l'hypothèse que celui-ci ne fausse pas massivement l'interprétation des déclarations des enquêtés, étant donné sa relative rareté. Une enquête de délinquance auto-déclarée se prêterait mieux à saisir les deux faces de la réalité.

l'enquête EVS était de mieux connaître les violences ressenties et leur implication pour les femmes et les hommes qui s'en déclarent victimes, notamment pour leur état de santé (exploré de manière plus approfondie que dans l'ENVEFF). Cette enquête interroge hommes et femmes sur les violences physiques, verbales, sexuelles ou psychologiques[2] et les atteintes aux biens (vols et tentatives de vols, cambriolages, dégradations matérielles) qu'ils ont subies tout au long de leur vie (et particulièrement au cours des deux années précédant l'enquête), mais aussi sur certains autres événements difficiles et sur leur état de santé (physique, mentale, fonctionnelle, sociale). Le questionnaire de l'enquête EVS intègre ainsi les deux dimensions « violences subies » et « état de santé », mais également un module biographique sur les « événements difficiles traversés au cours de la vie »[3].

Parce qu'il n'est pas toujours possible de déterminer si les violences ont des effets directs ou non sur l'état de santé des personnes qui les ont subies, il s'agit ici de comprendre dans quels parcours de vie ou dans quelles conditions de vie s'inscrivent les liens observés entre violences et santé : l'hypothèse sous-jacente est que l'absence d'informations sur ces événements de vie, dans la plupart des enquêtes existantes, prive l'interprétation des relations entre violences et santé d'éléments de contexte importants. L'enquête EVS permet à cet égard de repérer plusieurs types de difficultés rencontrées au cours de la vie entière : les décès, suicides, tentatives de suicides ou graves maladies des proches, l'alcoolisme ou l'usage de drogues illicites au sein de la famille, les privations matérielles graves, les souffrances ressenties du fait de carences affectives graves, les périodes de chômage des parents, les tentatives de suicide de la personne interrogée, etc. L'enquête comporte en outre des questions (en mode auto-administré par ordinateur avec interface audio, cette fois) sur les comportements sexuels de la personne interrogée, sa consommation d'alcool et de drogues illicites. L'analyse des parcours biographiques des individus permet de prendre en compte les contextes de vie difficiles, lorsqu'ils existent, et d'enrichir ainsi la description des liens entre violence et santé.

Violences et santé : des liens établis mais complexes

D'après l'enquête EVS, les personnes ayant subi certains types de violences se déclarent en moins bonne santé que les autres, surtout en matière de santé mentale. Par exemple, « toutes choses égales par ailleurs »[4], les personnes exposées à des violences psychologiques au cours des deux années précédant l'enquête se perçoivent plus souvent dans un mauvais état de santé mentale et physique (voir dans l'encadré p. 178 la définition adoptée ici) et déclarent plus souvent souffrir d'au moins une maladie chronique. Elles ont aussi une probabilité plus forte d'avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et de présenter des troubles dépressifs ou anxieux. Avoir subi des attouchements, des rapports sexuels forcés (ou tentatives) dans sa vie (à l'exclusion des deux dernières années précédant l'enquête) est aussi associé à une probabilité plus forte d'avoir fait au moins une tentative de suicide dans sa vie, de présenter des symptômes cognitifs actuels d'agoraphobie et d'avoir manifesté, au cours du mois écoulé, des symptômes de phobie sociale (voir l'encadré p. 178).

---

2. Sept catégories de violences psychologiques sont identifiées dans le questionnaire d'EVS ; elles reprennent amplement des libellés de questions de l'ENVEFF : être soumis(e) à des critiques injustes, des dénigrements ; être empêché(e) de parler à des proches ou de les rencontrer ; se voir imposer des façons de s'habiller, se coiffer ou se comporter en général ; devoir rendre compte des lieux et des personnes que l'on fréquente ; se heurter à un total refus de discussion ; recevoir des appels téléphoniques ou des courriers malveillants ; subir des menaces pesant sur des proches ou être menacé(e) de séparation d'avec eux.

3. Pour avoir un aperçu complet du déroulement thématique du questionnaire, voir p. 63.

4. Raisonnement conduit en contrôlant le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la situation par rapport au travail, le nombre de maladies chroniques présentes, le niveau de revenu par unité de consommation, le nombre d'atteintes verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques subies dans les vingt-quatre mois précédant l'enquête et le nombre d'atteintes physiques ou sexuelles subies dans la période antérieure.

Si, comme ces résultats tendent à le montrer, l'état de santé des personnes ayant subi des violences est de façon générale moins bon, surtout en matière de santé mentale, il ne ressort cependant pas de liens simples entre violences et santé : d'une part, ces liens diffèrent selon la nature des violences subies ; d'autre part, la multiplicité des agressions subies n'apparaît pas directement liée à la dégradation de l'état de santé : être victime à de nombreuses reprises ou de plusieurs types de violences ne s'accompagne pas nécessairement d'un état de santé plus dégradé. À cet égard, les effets de la violence sur la santé semblent moins linéaires dans l'enquête EVS que pour certaines caractéristiques de l'état de santé des femmes interrogées dans l'ENVEFF (Jaspard *et al.*, 2003a, p. 256).

Une fois établie l'existence de certains liens entre violences et santé, il s'agit désormais de comprendre, grâce au questionnement rétrospectif de l'enquête EVS sur les événements difficiles vécus, dans quels parcours, contextes ou conditions de vie ces corrélations prennent forme. Cette approche multidimensionnelle, mettant en relation les différentes composantes de la situation des personnes, est développée au moyen d'une analyse des correspondances multiples (ACM).

Une ACM suivie d'une classification de type k-means[5] a permis de dessiner sept groupes de personnes qui se distinguent selon leur exposition aux violences et leur état de santé (tableau 1). De la description de ces groupes, il ressort que les relations entre violences subies et problèmes de santé dépendent fortement des contextes biographiques personnels (tableau 2).

Deux tiers des 18-75 ans sont relativement épargnés par les violences, les problèmes de santé et les difficultés de la vie

Parmi les personnes interrogées, âgées de 18 à 75 ans et vivant en ménage ordinaire, 68 % apparaissent relativement protégées (tableau 1). Ce groupe compte peu de victimes de violences et les personnes qui le composent se perçoivent en plutôt bonne voire très bonne santé – quand ce n'est pas le cas, c'est pour des raisons autres que des violences subies. Dans cet ensemble, deux sous-groupes se distinguent : 37 % déclarent peu de problèmes de violences, de santé et d'événements difficiles (groupe 1) ; 31 % sont également peu exposés aux violences et relativement peu aux événements de vie difficiles, mais déclarent un état de santé moins satisfaisant (groupe 2). Ce résultat s'explique principalement par le fait que ce second sous-groupe compte une forte proportion de femmes et de personnes âgées de 55 à 75 ans ; or, statistiquement, être une femme ou avancer en âge accroît généralement la probabilité de déclarer un état de santé moins bon que les autres[6] ; ces personnes ont apparemment aussi vécu dans un environnement plus difficile que celles du groupe 1.

Les cinq autres groupes représentent 32% des personnes âgées de 18 à 75 ans et se caractérisent par une corrélation entre violences subies, problèmes de santé et difficultés de la vie. Les plus jeunes y sont également surreprésentés. Ce trait est cohérent avec un résultat déjà obtenu, qui met en évidence la surexposition des jeunes à la plupart des violences (voir l'article p. 71).

5. Les groupes constitués dans le cadre de cette analyse sont structurés sur la base des similitudes et différences de réponses des enquêtés aux questions portant sur les violences qu'ils rapportent avoir subies dans les vingt-quatre mois précédant EVS (1er groupe de variables actives du tableau 1), ainsi que sur leur état de santé considéré à partir des scores agrégés de santé physique et mentale du SF-12v2 et de la morbidité chronique présente et passée qu'ils déclarent (2e groupe de variables actives du tableau 1).

6. Voir par exemple Lanoé et Makdessi-Raynaud, 2005 ; Montaut, 2010 et, pour une analyse faisant la part entre l'effet d'âge et la morbidité, dans une comparaison internationale, Camirand *et al.*, 2009.

TABLEAU 1

Grandes caractéristiques des individus composant les sept groupes de la typologie « violences et santé »

Caractérisation rapide		Groupes	Part de la population concernée	Caractérisation détaillée
Population « protégée » des violences et événements biographiques difficiles : 68 % de la population des 18-75 ans		1	37 %	La « population générale », protégée en termes de violences, de santé et d'événements difficiles rencontrés au fil de la vie.
		2	31 %	Population peu exposée aux violences mais dans un état de santé déclaré défavorable, liée principalement à la surreprésentation des femmes et des 55-75 ans. Ce groupe a aussi connu un parcours de vie plus difficile que le groupe 1 (plus de tensions entre les parents, de souffrances ressenties du fait d'un manque d'affection par exemple, mais ces difficultés sont moins marquées que celles rencontrées dans les groupes 3 à 7).
Population confrontée aux violences de divers types, dans un contexte biographique difficile, avec un état de santé mental dégradé : 32 % de la population	Violences psychologiques récentes	3	26 %	Hommes et femmes, exposés récemment (deux dernières années) à des violences essentiellement psychologiques (pas de violences physiques ni sexuelles dans les vingt-quatre derniers mois, mais surexposition à ces violences par le passé), présentant un état de santé mentale dégradé et des maladies chroniques, dans un parcours biographique émaillé d'événements difficiles (par exemple, souffrances ressenties du fait d'un grave manque d'affection, graves tensions ou climat de violences entre les parents, privations matérielles sévères).
	Violences physiques	4	2,5 %	Surreprésentation d'hommes et de jeunes, tous exposés aux violences physiques, caractérisés par des problèmes de santé mentale plus que physique, dans un contexte biographique difficile (comme le groupe 3), où apparaît notamment un nombre de conjoints élevé en moyenne (conjugalité heurtée et violences conjugales ?).
	Violences physiques et sexuelles	5	1 %	Groupe le plus masculin et le plus jeune, qui présente les caractéristiques du groupe 4, exacerbées aussi bien en termes de violences subies, de santé et de difficultés rencontrées au cours de la vie, et auxquelles s'ajoute une exposition généralisée aux atteintes à caractère sexuel dans les vingt-quatre derniers mois.
	Violences sexuelles	6	1,5 %	Groupe le plus féminin, avec une proportion élevée de jeunes et de personnes âgées. Toutes les personnes de ce groupe ont subi des violences à caractère sexuel récemment (deux dernières années), et aucune n'a subi de violences physiques récemment. Elles sont surexposées aux atteintes verbales et psychologiques, mais de façon nettement moins prononcée que dans les autres groupes confrontés aux violences. Contexte socio-économique et socioculturel *a priori* plus favorable et conjugalité plus stable. État de santé assez proche de la moyenne de la population.
		7	1 %	Groupe également très féminin. Toutes les personnes de ce groupe ont subi des violences sexuelles récemment (deux dernières années) et souvent également par le passé. Aucune n'a subi de violences physiques récemment, mais elles y ont été fortement confrontées par le passé. Forte surexposition également aux violences psychologiques et verbales. Cumul marqué de difficultés au cours de la vie et état de santé (mentale, surtout) très dégradé. Ce groupe présente, avec le très masculin groupe 5, la plus forte fréquence des événements difficiles rencontrés au cours de la vie et le plus de troubles paniques ou d'agoraphobie.
Ensemble des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire			100 %	

Lecture • 37 % des 18-75 ans résidant en ménage ordinaire constituent les personnes rassemblées ici dans le groupe 1.
Champ • Personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.
Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

TABLEAU 2

Sept groupes de population, sept configurations différentes des liens entre violences subies, état de santé et contexte biographique (en %)

	Ensemble des 18-75 ans	Groupes						
		1	2	3	4	5	6	7
	100	37	31	26	2,5	1	1,5	1
Variables actives								
Violences								
Être victime d'au moins un des cinq types de violences avant les deux dernières années ***et*** pendant celles-ci	28	3	–	91	71	95	48	100
Être victime ***au cours des deux dernières années***								
... d'atteintes aux biens	22	15	11	43	36	55	33	41
... de violences verbales	18	6	5	42	69	86	35	58
... de violences physiques	3	–	–	–	100	100	–	–
... d'exhibitionnisme, de contacts physiques forcés, d'attouchements, de rapports sexuels forcés (ou tentatives)	3	–	–	–	–	100	100	100
... de violences psychologiques	27	7	8	74	63	81	43	80
Être victime de violences physiques ***avant les deux dernières années***	18	10	12	33	46	65	24	64
Être victime d'attouchements, de rapports sexuels forcés (ou tentatives) ***avant les deux dernières années***	7	4	6	12	14	15	0	55
Santé								
État de santé physique négativement perçu	37	9	72	38	30	32	31	38
État de santé mentale négativement perçu	42	19	60	53	49	55	48	69
Avoir au moins deux maladies chroniques présentes	50	15	86	58	51	57	54	62
Avoir eu au moins une maladie chronique passée	28	15	38	34	25	39	30	55
Variables illustratives								
Caractéristiques sociodémographiques								
Homme	49	53	43	49	55	65	34	41
18-29 ans	21	25	7	26	53	64	43	49
Nombre de conjoints au cours de la vie								
0	13	15	7	15	27	31	27	34
1	67	68	77	60	46	40	57	33
2	15	13	13	18	17	11	13	24
3 et plus	5	3	3	8	9	18	3	9
Événements difficiles vécus au cours de l'existence entière								
Au moins une tentative de suicide de l'enquêté(e) lui (elle)-même	5	2	5	8	13	9	8	16
Graves tensions ou climat de violence entre les parents	18	12	20	25	34	29	28	32
Privations matérielles graves	16	10	20	22	19	36	14	34
Conflit très grave entre l'enquêté(e) et ses parents	12	7	10	19	22	41	21	35
Souffrances ressenties du fait d'un grave manque d'affection	21	11	20	34	31	45	30	54
Usage de drogues illicites ou alcoolisme dans la famille	18	14	16	27	22	43	27	39
Consommation d'alcool								
Test DETA positif (conséquences psychosociales de l'usage d'alcool perçues par le buveur)	13	11	13	17	24	20	15	22
Test FACE indiquant une consommation excessive d'alcool probable ou une probable alcoolo-dépendance	26	24	22	31	40	50	33	45
Consommation de tabac								
Fumer tous les jours dans sa vie pendant au moins six mois consécutifs	52	51	47	58	60	84	53	63
Consommation de drogues illicites au cours de la vie								
Cannabis ou au moins une autre substance	25	23	13	35	51	73	48	47
Caractéristiques de santé mentale								
Présenter un épisode dépressif majeur	7	1	9	11	12	16	8	17
Présenter des troubles d'anxiété généralisée	6	1	8	9	13	14	4	10
Avoir présenté à plusieurs reprises des troubles paniques	16	6	20	24	28	34	15	51
Présenter des troubles d'agoraphobie	19	11	23	24	24	29	19	35
Avoir présenté des troubles de phobie sociale au cours du mois écoulé	11	6	12	16	16	21	16	23
Présenter au moins deux des cinq troubles du sommeil explorés dans EVS	63	48	73	72	70	94	70	81

Note • Les tests DETA et FACE ont été passés dans le cadre d'un questionnaire auto-administré par ordinateur (voir l'encadré p. 179). La présentation des résultats est ici très synthétique, mais il faut notamment comprendre que la consommation excessive ou l'alcoolo-dépendance probables détectées par FACE s'appuient sur une mesure différenciée, par sexe, de la consommation d'alcool, comme cela est la règle pour l'analyse de ce test. Hommes et femmes sont simplement agrégés pour une lecture globale du résultat dans ce tableau. En outre, EVS permet de différencier les personnes ayant bu ou non de l'alcool pendant les douze derniers mois, parmi celles qui présentent un test DETA positif : ces deux catégories de personnes sont également agrégées ici.

Lecture • 6 % des personnes rassemblées dans le groupe 1 rapportent avoir subi, au cours des 24 mois précédant l'enquête, des violences verbales, alors que c'est le cas de 18 % de l'ensemble des personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en ménage ordinaire (population de référence d'EVS). Le groupe 1 se compose à 53 % d'hommes (et donc à 47 % de femmes).

Champ • Personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Un quart des enquêtés cumulent violences psychologiques, mauvaise santé mentale et grave manque d'affection

Le groupe 3 est le plus important de ces cinq groupes (26 % de la population) [tableau 2]. Il se compose d'autant d'hommes et de femmes que l'ensemble de la population des 18-75 ans. Il se caractérise par une fréquence très élevée des violences subies, notamment psychologiques : la quasi-totalité des personnes de ce groupe (91 %) déclarent avoir subi au moins un type de violences de façon répétée au cours de leur vie (contre 28% des 18-75 ans) et 74 % rapportent avoir été exposées à des violences psychologiques au cours des deux années précédant l'enquête (alors que ce n'est le cas que de 27% de la population de référence). De plus, durant ces deux années, elles endurent plus souvent que la moyenne des violences verbales (42 %), des vols (ou tentatives), cambriolages ou dégradations de biens (43 %). En revanche, aucune ne déclare avoir subi des violences physiques ou sexuelles au cours des deux dernières années. Pourtant, avant ces deux années, ces atteintes étaient nettement plus fréquentes que pour l'ensemble des personnes de 18-75 ans (respectivement 33 % et 12 % contre 18% et 7 %). Ce résultat suggère que les personnes du groupe 3 qui ont été victimes il y a plus de deux ans de violences physiques ou sexuelles se voient désormais, pour une large part d'entre elles, exposées à d'autres atteintes. Pour elles, c'est la nature des violences subies qui a changé au cours de la vie : exposées à des violences physiques ou sexuelles par le passé, elles déclarent avoir subi récemment des violences psychologiques et, dans une moindre mesure, des violences verbales et des atteintes aux biens.

Les personnes de ce groupe présentent quelques traits d'une santé mentale dégradée : la moitié ont une perception négative de leur propre santé mentale (53 % contre 42 % pour l'ensemble de la population), et la proportion des personnes qui ont fait au moins une tentative de suicide est plus élevée que dans l'ensemble de la population (8% contre 5 %). Elles déclarent aussi un peu plus souvent que la moyenne souffrir de maladies chroniques (présentes et passées), sans pour autant que la perception de leur santé physique se démarque sensiblement de celle de la population d'ensemble.

Enfin, le contexte biographique qui les caractérise recèle à plus d'un titre des difficultés : un tiers des personnes du groupe 3 déclarent avoir souffert d'un grave manque d'affection, un quart avoir connu, au sein de leur famille, des cas d'alcoolisme ou d'usage de drogues illicites ainsi que des situations de graves tensions ou de violence entre leurs parents, et un cinquième rapportent des conflits très graves avec ceux-ci ou de sévères privations matérielles.

Les quatre autres groupes se caractérisant par un cumul des difficultés vécues, des problèmes de santé et des violences subies représentent au total 6% de la population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire. Les deux premiers (3,5 %) sont à dominante masculine et les deux autres (2,5 %) à dominante féminine, faisant ainsi apparaître que les liens entre violences et santé, dans un contexte biographique difficile, se déclinent différemment au féminin et au masculin.

Ces quatre groupes, de faible effectif, se distinguent nettement du groupe 3 par la nature des violences subies au cours des deux dernières années : alors que, sur cette période, personne ne déclare avoir enduré de violences sexuelles ou physiques dans le groupe 3 (où prédominent en revanche les violences de nature psychologique), toutes les personnes des groupes à dominante masculine (4 et 5) sont victimes de violences physiques et toutes celles des groupes à dominante féminine (6 et 7) de violences à caractère sexuel.

Des groupes à dominante masculine, cumulant les difficultés : 3,5 % de la population

Des jeunes très fortement exposés aux violences physiques

Les quatrième et cinquième groupes se composent d'une majorité d'hommes et de jeunes âgés de 18 à 29 ans. La violence physique est une caractéristique forte de ces deux groupes : ces individus ont en commun d'avoir tous été victimes de violences physiques au cours des deux dernières années et ils constituent à eux seuls la totalité de ceux qui rapportent ces atteintes récemment subies. De plus, il s'agit souvent de violences répétées, puisqu'ils déclarent également très fréquemment avoir subi des atteintes physiques dans le passé (respectivement 46% et 65% des personnes des groupes 4 et 5). Les personnes de ces deux groupes ont aussi été très touchées par les violences verbales, psychologiques ou encore les atteintes aux biens au cours des deux années précédant l'enquête. Cette fréquence élevée des violences physiques est cohérente avec le fait que ce groupe compte une forte proportion d'hommes : « toutes choses égales par ailleurs », les hommes ont en effet une probabi-

Encadré

Définitions et méthodologie

Les questionnaires standardisés utilisés pour mesurer la santé (voir l'article p. 46).

• Le **SF-12v2** (version réduite du *Short form*-36, SF-36) est utilisé pour mesurer la qualité de vie et la santé perçue. Il permet notamment de calculer deux scores agrégés de santé perçue : mentale et physique. Lorsqu'il est question ici de « santé physique (ou mentale) défavorablement perçue » ou de « mauvais état de santé physique (ou mentale) perçu », cela signifie que le score atteint est inférieur au score moyen des 18-75 ans que représentent les enquêtés d'EVS. C'est cette optique qui est développée dans le présent texte, mais il est possible d'en adopter d'autres (voir par exemple l'article p. 139).

• Le **Mini International Neuropsychiatric Interview** (MINI) sert à mesurer certaines caractéristiques de santé mentale. Il s'agit d'un outil psychométrique défini comme « un entretien diagnostique structuré » qui peut être utilisé par des cliniciens après une courte formation ou par des enquêteurs non cliniciens après une formation plus intensive (Lecrubier *et al.*, 1998). La version du MINI mobilisée pour EVS permet de cerner une pathologie donnée, grâce à la prise en compte des symptômes retenus dans le manuel de référence psychiatrique, le *Diagnostic and Statistical Manual-Revision 4* (DSM-IV). Cela permet donc de repérer avec un niveau élevé de discernement des situations proches de ce que, en termes diagnostiques, l'on pourrait qualifier d'états pathologiques. Il a été préféré à un questionnaire standardisé d'humeur dépressive (échelle CES-D, qui a par exemple été choisie sous forme d'auto-questionnaire dans l'enquête décennale Santé 2003), qui conduirait nécessairement à comptabiliser de nombreux « faux positifs ». Pour l'épisode dépressif majeur (actuel ou récurrent) ainsi que pour le trouble anxieux généralisé, les modules entiers du MINI consacrés à ces pathologies ont été intégrés au questionnaire, permettant de coder en « positif » ou « négatif » les enquêtés, selon les symptômes du DSM-IV. Pour les autres troubles interrogés dans EVS (agoraphobie, phobie sociale, troubles paniques), seules les questions-filtres des modules concernés dans le MINI sont posées, avec par conséquent une identification moins exigeante des personnes potentiellement « malades » (taux plus certainement supérieurs à ceux que l'on obtiendrait pour une prévalence diagnostiquée).

• • •

lité accrue par rapport aux femmes de subir des violences physiques au cours des deux dernières années comme sur la vie entière (voir l'article p. 71). En revanche, ce groupe enregistre une forte exposition aux violences sexuelles au cours de la vie entière, alors que ces dernières sont davantage associées au fait d'être une femme, dans l'ensemble de la population. En observant plus finement les résultats, on constate que les femmes et les hommes de ces groupes sont plus souvent victimes d'attouchements et de rapports sexuels forcés (ou tentatives) que l'ensemble de la population (respectivement 14 % et 15 % pour les groupes 4 et 5, contre 7 % des 18-75 ans) mais qu'en leur sein, comme pour l'ensemble de la population, les femmes sont davantage victimes de ce type de violences : dans le groupe 4 par exemple, 20 % des femmes déclarent avoir subi des violences sexuelles contre 9 % des hommes.

Autre point commun à ces deux groupes, les individus qui les composent ont souvent vécu dans un contexte biographique difficile, avec de graves tensions entre leurs parents notamment.

Les groupes 4 et 5 se distinguent cependant l'un de l'autre, par une sorte de *crescendo* de violences. Outre les violences physiques, les personnes du groupe 5 ont aussi été très fortement exposées aux violences sexuelles[7] au cours de leur vie (15 % contre 7 % de l'ensemble

Dans le MINI, les **troubles paniques** s'entendent au sens de crises ou attaques au cours desquelles se produit une montée subite de l'anxiété, y compris dans des situations où la plupart des personnes n'éprouveraient pas ces difficultés.

L'**agoraphobie** recouvre l'anxiété générée par des situations ou dans des endroits dont une personne ressent qu'il lui serait difficile de s'échapper, dans lesquels elle pourrait difficilement obtenir de l'aide en cas de panique.

Enfin, souffrir de **phobie sociale** consiste à redouter d'être le centre de l'attention ou à avoir peur d'être humilié(e), par exemple à l'occasion d'une prise de parole, d'un repas pris avec d'autres, en public, ou lorsque l'on écrit sous les yeux d'un tiers.

Les symptômes sont repérés de la manière suivante : les épisodes dépressifs majeurs au cours des deux semaines précédant l'enquête, les troubles anxieux généralisés au cours des six mois précédant l'enquête, les troubles paniques au cours de la vie entière, l'agoraphobie sans période de référence (implicitement, la personne répond « en général » au présent), la phobie sociale au cours du mois tout juste écoulé.

Les tests permettant de mesurer la consommation d'alcool (voir l'article p. 35).

La consommation d'alcool tout au long de la vie a, pour la première fois dans une enquête statistique française, fait l'objet de questions en mode auto-administré par ordinateur avec interface audio (méthode audio-CASI). Ce mode de collecte assure une totale confidentialité des réponses vis-à-vis de l'enquêteur. Le déroulement du questionnaire « alcool » inclut à la fois le **test AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) pour repérer une consommation excessive ou une dépendance à l'alcool et le **test DETA** (Dépendance Entourage Trop Alcool, équivalent français du test américain CAGE) pour mesurer la dépendance à l'alcool et les conséquences psychosociales de celle-ci (auto-évaluées par le buveur). À partir de ces deux tests, il est possible d'obtenir les résultats du **test FACE** (Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien, test appuyé sur les deux précédents). Les objectifs méthodologiques d'un tel agencement de ce questionnaire (effet d'un protocole de collecte très confidentiel sur les taux obtenus, comparaison des populations identifiées par les trois tests) feront l'objet de publications ultérieures. Pour une présentation synthétique des caractéristiques et objectifs de ces tests standardisés, voir Beck et Legleye, 2007.

7. Attouchements sexuels, rapports sexuels forcés (ou tentatives).

des 18-75 ans) et surtout dans une période récente : toutes déclarent avoir subi des violences telles que l'exhibitionnisme, des contacts physiques contraints (comme être embrassé(e) de force), des attouchements sexuels, des rapports sexuels forcés (ou tentatives) au cours des deux ans précédant l'enquête, ce qui ne concerne personne dans le groupe 4.

Les personnes du groupe 5 sont aussi marquées par un parcours de vie encore plus difficile que celles du groupe 4, qui se singularise pourtant déjà par un climat de violence entre les parents. Dans le groupe 5, 45 % des personnes déclarent en effet avoir souffert d'un grave manque d'affection et 41 % avoir eu des conflits très graves avec leurs parents, dans un contexte économique sans doute également difficile, puisque près de 40 % des individus déclarent avoir connu des privations matérielles graves. L'usage de drogues illicites ou la consommation d'alcool dans la famille s'ajoute aussi fréquemment à ce contexte déjà lourd (43 %).

Des parcours marqués par un nombre important de conjoints et des problèmes d'alcool et de drogues

À noter également que, malgré leur jeunesse (plus de la moitié des personnes des groupes 4 et 5 ont entre 18 et 29 ans), respectivement 9 % et 18 % des personnes des groupe 4 et 5 ont connu trois conjoints ou plus, contre 1 % de l'ensemble des 18-29 ans. Cette caractéristique n'est pas sans lien avec la fréquence élevée des violences. En effet, « toutes choses égales par ailleurs »[8], avoir eu trois conjoints ou plus surexpose à la survenue de presque toutes les violences interpersonnelles, que ce soit dans les deux dernières années précédant l'enquête ou antérieurement. Que les personnes de ces groupes (les femmes en particulier) déclarent, malgré leur jeune âge, avoir eu un nombre élevé de conjoints laisse penser qu'une partie au moins des violences déclarées ont à voir avec le caractère heurté de leur biographie conjugale. Mais l'on ne peut exclure non plus l'existence de relations de couple violentes pour ceux qui déclarent n'avoir eu aucun conjoint, surtout parmi les plus jeunes : il s'agirait alors de violences exercées par des partenaires avec lesquels il n'y a eu ni cohabitation (sinon de très courte durée) ni mariage, reflétant une entrée difficile dans la conjugalité.

Dans les groupes 4 et 5, la consommation d'alcool et de drogues illicites est aussi très fréquente : 24% des personnes du groupe 4 et 20 % du groupe 5 sont détectées positives au test DETA (encadré), contre 13% des 18-75 ans ; de plus, respectivement 40% et 50 % présentent une consommation excessive ou une dépendance probable à l'alcool, selon le test FACE ; enfin, respectivement 51% et 73 % déclarent avoir consommé du cannabis et éventuellement au moins une autre drogue au cours de leur vie, contre 25% de l'ensemble des personnes âgées de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire.

Malgré le contexte de vie et les violences subies, les personnes de ces groupes ne se perçoivent pas en mauvaise santé physique : 70 % se déclarent en bonne santé, contre 63% en moyenne pour l'ensemble des 18-75 ans ; la proportion de personnes qui souffrent ou ont souffert de maladies chroniques est proche de celle de la moyenne pour le groupe 4 et un peu plus élevée pour le groupe 5. Plutôt que de parler de résilience (Tisseron, 2003), on peut émettre l'hypothèse d'une « résistance » physique aux épreuves. Encore celle-ci semble-t-elle plus physique que psychique puisque les individus des groupes 4 et 5 ont pour une majorité d'entre eux une vision négative de leur santé mentale (55 % pour le groupe 5), souffrent plus fréquemment que l'ensemble de la population de troubles dépressifs ou anxieux et, dans le groupe 5, déclarent presque tous (94%) présenter des troubles du sommeil[9].

8. À âge, sexe, niveau de diplôme, lien avec la migration, situation par rapport au travail, type de composition du ménage, niveau de vie donnés.

9. Plus précisément, présenter au moins deux des cinq troubles du sommeil explorés dans l'enquête EVS : se réveiller très tôt et avoir des difficultés à se rendormir ; rester éveillé une grande partie de la nuit ; mettre beaucoup de temps à s'endormir ; être empêché de dormir à cause de ses soucis ; se sentir fatigué au réveil (voir l'article p.185).

Des groupes à dominante féminine, cumulant également les difficultés : 2,5 % de la population

Dans les groupes 6 et 7, les femmes sont surreprésentées et conjuguent également problèmes de santé, forte exposition à des violences, surtout sexuelles, et événements de vie difficiles, toutes les difficultés étant exacerbées pour les personnes du groupe 7.

Une forte exposition aux violences sexuelles

La totalité des personnes des groupes 6 et 7 ont subi des violences sexuelles (exhibitionnisme, contacts physiques contraints, attouchements, rapports sexuels forcés ou tentatives) au cours des deux années précédant l'enquête, mais pas de violences physiques. En revanche, elles en ont souvent subi par le passé, surtout dans le groupe 7 (64 % d'entre elles).

Le groupe 7 se distingue par la répétition des violences sexuelles : une majorité (55 %) des personnes qui le composent ont aussi été victimes d'atteintes à caractère sexuel avant les deux dernières années. Par ailleurs, ce groupe compte une plus forte proportion de victimes de toutes violences (sexuelles et autres), à la fois au cours de la période récente et au cours de la vie entière.

Une santé mentale particulièrement dégradée

Ces violences plus nombreuses s'accompagnent d'un état de santé mentale plus dégradé : respectivement 48 % et 69 % des personnes des groupes 6 et 7 considèrent qu'elles sont en mauvaise santé (contre 42 % pour l'ensemble des 18-75 ans). En revanche, leur santé physique semble moins affectée par les difficultés actuelles et passées, même si la fréquence des maladies chroniques déclarées est élevée : dans le groupe 7, une proportion identique à la moyenne se considère en bonne santé physique ; dans le groupe 6, la proportion de celles qui se considèrent en bonne santé est même supérieure à la moyenne (69 % contre 63%).

Si l'on observe les caractéristiques plus détaillées de la santé mentale (épisode dépressif majeur ou trouble anxieux généralisé), le sixième groupe présente une position peu différente de la moyenne. Ce trait confirme la nécessité de prêter attention au contexte de vie : les parcours biographiques relativement moins heurtés des personnes composant le groupe 6, par rapport à celles qui se trouvent dans les autres groupes les plus exposés aux violences (groupes 3 à 7), semblent traduire des contextes de vie moins propices à l'exercice de violences et limitant les conséquences de celles-ci sur la santé de ceux qui les subissent.

Les personnes du septième groupe présentent un état de santé (notamment mentale) très peu satisfaisant. Elles présentent les symptômes les plus fréquents pour presque tous les types de troubles : le taux de tentatives de suicide est le plus élevé des sept groupes (16 %), les proportions de personnes présentant un test DETA positif et des consommations excessives d'alcool (repérées selon le test FACE) sont les plus élevées après celles des groupes 4 et 5. En lien avec ces troubles, sept personnes sur dix se perçoivent, comme nous l'avons vu, en mauvaise santé mentale dans le groupe 7.

L'observation des événements vécus met en évidence, pour le groupe 7, une biographie conjugale assez proche de celle du groupe 5 : les personnes déclarant avoir eu deux conjoints ou plus au cours de leur vie y sont en effet encore plus nombreuses (33% contre 29% dans le groupe 5 et 20% parmi les 18-75 ans).

Les groupes 6 et 7 diffèrent non seulement par la fréquence des violences, l'état de santé perçu et la plupart des événements douloureux, mais aussi en termes de caractéristiques sociodémographiques. Dans le groupe 6, on trouve des personnes de tous âges, avec une forte proportion

de jeunes : près de la moitié ont entre 18 et 29 ans et 13 % ont entre 55 et 75 ans, soit beaucoup plus que dans les autres groupes soumis aux violences. Elles ont vécu dans un contexte économique *a priori* plus favorable : le groupe 6 compte moins de personnes ayant connu des privations matérielles graves, plus de personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au bac+2 et moins de chômeurs. Les personnes du groupe 6 ont aussi vécu dans un cadre conjugal plus stable que celles du groupe 7 : 57 % n'ont connu qu'un seul conjoint contre 33 %.

Conclusion

Globalement, par rapport aux personnes relativement protégées des atteintes violentes et de divers événements difficiles au cours de la vie (groupes 1 et 2), c'est en matière de santé mentale beaucoup plus que physique que se distinguent les personnes les plus exposées aux violences et à un parcours de vie difficile. Faire partie d'une population qui subit à la fois des violences et traverse des événements de vie difficiles va de pair avec un état de santé mentale dégradé et une situation de probable consommation excessive d'alcool ou d'alcoolo-dépendance. Seule exception à cette règle, le groupe 6, qui illustre une configuration particulière : les personnes qui le composent ont connu des conditions de vie relativement plus favorables que celles des autres groupes qui cumulent atteintes violentes et adversité des événements vécus, et le fait de subir des violences n'y est pas associé à un état de santé mentale aussi dégradé ni à des problèmes de consommation d'alcool aussi fréquents.

Les situations individuelles dans lesquelles violences subies et problèmes de santé vont de pair se caractérisent aussi très fréquemment par de nombreuses autres difficultés émaillant le parcours de vie. Ce résultat concourt avec d'autres analyses[10], mettant en lumière le risque accru de cumuler des difficultés, d'ordres éventuellement différents, à partir du moment où l'on a traversé certaines épreuves, en particulier lorsqu'elles sont survenues tôt dans la vie (maltraitance ou violences subies, climat familial très conflictuel ou violent, décès ou graves maladies de proches, etc.). Mais ces situations, où se mêlent notamment les difficultés affectives, économiques, sociales ou liées à la santé, ne peuvent être simplement décrites comme l'issue inéluctable de parcours de vie dans lesquels un ou quelques événements « inauguraux » prendraient valeur de cause universelle de toutes les épreuves ultérieurement traversées. Le contexte et le cheminement du parcours biographique y jouent plutôt le rôle d'une caisse de résonance : à la fois cause ou facteur de risque des difficultés éprouvées, ceux-ci en sont aussi le produit.

En outre, et même si la complexité et la « lourdeur » de ces itinéraires de vie pourraient inciter au pessimisme, on constate qu'il n'existe pas de fatalité statistique à la reproduction ou au cumul des épreuves : toutes les victimes d'hier ne sont pas victimes aujourd'hui ou ne le seront pas demain (Jaspard *et al.*, 2003b). De même, tous les enfants confrontés très tôt à des événements traumatisants ne sont pas inéluctablement de grands malades (Menahem *et al.*, 1994) ou de grandes victimes une fois l'âge adulte atteint. La complexité des situations sociales en cause ne doit par conséquent pas conduire à désespérer de la pertinence et de la possible efficacité de leur prise en charge institutionnelle. Celle-ci a tout intérêt à se fonder sur une logique préventive et multidimensionnelle, en mobilisant la plus grande diversité possible des instruments de la protection sociale et des politiques sociales… au bénéfice, il ne faut pas le négliger, d'un tiers de la population des 18-75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Il convient enfin de ne pas oublier d'autres franges de population certainement beaucoup moins nombreuses. Une enquête statistique telle que l'enquête EVS se heurte à un angle aveu-

10. Voir par exemple l'article p. 125 et Firdion, 2006.

gle auquel sont confrontées toutes les enquêtes en population générale sur un terrain « sensible », même lorsqu'elles s'efforcent d'être précautionneuses : l'invisibilité statistique des personnes qui cumulent les difficultés les plus graves. De santé trop déficiente pour pouvoir répondre ne serait-ce qu'aux premiers contacts avec l'enquêteur, victimes de violences de manière trop répétée et sous contrôle quasi-permanent de leurs agresseurs (on pense ici à la sphère domestique, notamment conjugale, de l'exercice des violences), certaines personnes, heureusement très minoritaires en population générale dans un État de droit, ne peuvent jamais témoigner de leurs conditions d'existence. Faisons l'hypothèse que la connaissance de ces situations extrêmes, par des enquêtes dédiées à l'étude de sous-populations en danger ou souffrant de difficultés très spécifiques, ne ferait que renforcer l'idée du rôle préventif à jouer par les politiques publiques.

Bibliographie

Algava É., Bèque M., 2006, « Perception et vécu des comportements intolérants. Une analyse du module “ Relations avec les autres ” de l'enquête Histoire de vie », *Économie et Statistique*, n°393-394, novembre, p. 115-150.

Beck F., Legleye S., 2007, « Alcool : une baisse des niveaux de consommation », *in* Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), *Baromètre Santé 2005*, INPES, p. 113-154.

Blanpain N., 2008, « Perdre un parent pendant l'enfance : quels effets sur le parcours scolaire, professionnel, familial et sur la santé à l'âge adulte ? », *Études et Résultats*, DREES, n°668, octobre, 8 p.

Camirand J., Sermet C., Dumitru V., Guillaume S., 2009, « La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°142, mai.

Firdion J.-M., 2006, « Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile », *Économie et statistique*, n° 391-392, p. 85-114.

Hervé C., François I., 2002, *Place du médecin dans la victimologie : perspective historique, épistémologique et éthique*, INSERM, décembre.

Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A., 2003a, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, La Documentation française, 370 p.

Jaspard M., Brown E., Lhomond B., Saurel-Cubizolles M.-J., 2003b, « Reproduction ou résilience : les situations vécues dans l'enfance ont-elles une incidence sur les violences subies par les femmes à l'âge adulte ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, juillet-septembre, p. 159-190.

Krug E., Dahlberg L., Mercy J., Zwi A., Lozano-Ascensio R. (sous la dir. de), 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 376 p.

Lanoë J.-L., Makdessi-Raynaud Y., 2005, « L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé », *Études et Résultats*, DREES, n°436, octobre, 12 p.

Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta T., Amorim P., Bonora L.I., Lépine J.P. (France), Sheehan D., J. Janavs, Baker R., Sheehan K.H., Knapp E., Sheehan M., 1998, *M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview), French version 5.0.0, DSM-IV, version originale (sur demande auprès des auteurs)*, août, 26 p.

Menahem G., Bantman P., Martin S., 1994, « Événements de la jeunesse, trajectoires de vie et troubles de l'existence à l'âge adulte », *in* Bouchayer F., Verger D. (sous la dir. de), *Trajectoires sociales et inégalités*, Éditions Érès, 1994, p. 63-90.

Montaut A., 2010, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 », *Études et résultats*, DREES, n° 717, février.

Ogrodnik L., 2007, « La violence familiale au Canada : un profil statistique 2007 », *Statistique Canada*, n°85-224 au catalogue, octobre, 36 p.

Tisseron S., 2003, « " Résilience " ou la lutte pour la vie », *Le Monde diplomatique*, août, p.21.

Tursz A., 2006, *Violence et santé. Rapport préparatoire au plan national*, La Documentation française, 256 p.

Young A., 2002, « L'auto-victimisation de l'agresseur : un éphémère paradigme de maladie mentale : The *self-traumatized perpetrator: a « transient mental illness » », L'Évolution Psychiatrique*, Vol. 67, Issue 4, October-December, p.651-675.

Troubles du sommeil:

la place des événements de vie parmi les facteurs associés

François BECK, Laura MARCH, Romain GUIGNARD et Damien LÉGER

L'enquête Événements de vie et santé (EVS) permet de mesurer la prévalence de cinq troubles du sommeil et d'observer leurs liens avec les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées, le fait qu'elles aient ou non déclaré avoir subi des violences ou connu des événements de vie graves. Ainsi, quatre personnes sur dix déclarent subir de façon récurrente au moins un trouble du sommeil parmi cinq des principaux symptômes de l'insomnie. Ces troubles se révèlent de plus en plus fréquents avec l'âge, même si, selon l'âge considéré, c'est aussi leur nature qui diffère : en particulier, le sentiment de fatigue au réveil semble plus fréquent chez les jeunes de 18-24 ans.

Si les femmes sont en proportion plus nombreuses à déclarer des troubles du sommeil, l'effet du genre disparaît après contrôle des effets de structure, ce qui suggère qu'elles n'apparaissent pas plus vulnérables pour des raisons hormonales ou génétiques, mais sans doute parce qu'elles endossent un rôle social susceptible de peser sur leur qualité de vie, notamment en termes de souffrance mentale. Par ailleurs, avoir subi des violences physiques et psychologiques ou être dans une situation financière précaire semblent favoriser la survenue de troubles réguliers du sommeil.

Le cumul d'au moins deux troubles du sommeil, qui concerne une personne sur cinq, apparaît également associé à la précarité financière, à une mauvaise santé physique et mentale, ainsi qu'au fait d'avoir subi des violences physiques et psychologiques.

De nombreux travaux ont montré le rôle fondamental joué par le sommeil sur la santé, le bien-être et l'équilibre psychologique. Les troubles du sommeil peuvent ainsi affecter le fonctionnement de l'organisme et du psychisme, et de ce fait la vie sociale et professionnelle, avec des conséquences telles que les accidents de la route et du travail liés à la somnolence, ou l'absentéisme (Léger *et al.*, 2002 et 2006 ; Godet-Cayre *et al.*, 2006). Si une majorité des Français dort environ sept heures par nuit, cette durée ne peut toutefois pas être considérée comme une norme : certains ont besoin de neuf heures de sommeil quotidien, lorsque d'autres peuvent se contenter de cinq heures sans retentissement sur la journée suivante. Cependant, ces durées extrêmes sont très rares et la plupart des adultes trouvent leur compte de sommeil en dormant entre 7 et 8 heures au cours de la semaine et entre 8 et 9 heures les jours de repos. De plus, la qualité et la quantité du sommeil dépendent étroitement de la bonne synchronisation de l'horloge biologique avec les horaires de coucher et de lever (Fort, 2000). Or, cette synchronisation se trouve fréquemment perturbée chez les jeunes adultes (qui ont tendance à retarder leurs horaires de coucher), les personnes âgées (qui ont tendance à les avancer), les travailleurs de nuit, les voyageurs qui sont confrontés à des décalages horaires, et également chez la majorité des adultes qui décalent leurs horaires de coucher et de lever d'au moins une heure le week-end.

Chez l'adulte, le sommeil est essentiel à la préservation des capacités cognitives et motrices, à l'ajustement de nombreuses sécrétions hormonales ainsi qu'à la restauration du système immunitaire et au repos du système cardiovasculaire. Il est également déterminant pour l'équilibre psychologique et émotionnel des individus. Si un manque ponctuel de sommeil se rattrape aisément, un manque chronique est susceptible de favoriser, entre autres pathologies, l'hypertension artérielle, l'obésité ainsi que des troubles de l'humeur ou du comportement. Des études récentes ont d'ailleurs établi un lien entre durée de sommeil et espérance de vie. Un temps de sommeil quotidien inférieur à 6 heures et supérieur à 9 heures serait associé à un risque plus élevé de morbidité (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, cancer, dépression) et de mortalité (Gallichio et Kalesan, 2009).

Le sommeil envisagé comme déterminant majeur de la santé de la population fait l'objet d'une littérature scientifique récente mais de plus en plus abondante en France. Elle s'appuie sur des enquêtes récurrentes, notamment celles réalisées par l'Institut national du sommeil et de la vigilance à l'occasion de la Journée nationale du sommeil chaque mois de mars (INSV, 2009). En 2006, un état des lieux remis au ministre soulignait toutefois le manque de données épidémiologiques en population générale en France, et des écarts de prévalence assez nets dans les différentes études recensées (Giordanella, 2006). Depuis 2006, plusieurs grandes enquêtes ont ajouté à leur questionnaire un module sur les troubles du sommeil : c'est le cas de l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) 2008 de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) [Dourgnon, 2009] et du Baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé (INPES) [Beck *et al.*, 2007]. Chacune de ces enquêtes comporte une vingtaine de questions sur le sommeil. L'enquête EVS de la DREES interroge quant à elle tous les enquêtés sur cinq troubles réguliers du sommeil, mais aussi sur une très large palette d'événements de vie pouvant jouer un rôle dans la qualité du sommeil.

Les questions de l'enquête EVS sur les troubles du sommeil sont très largement inspirées du Nottingham Health Profile, une échelle de qualité de vie conçue au début des années 1980 (Hunt *et al.*, 1980 et 1981). Elles ont été choisies parce qu'elles semblaient assez bien inventorier les principaux problèmes de sommeil, à savoir les problèmes d'endormissement, le sentiment de fatigue au réveil, les troubles de maintien du sommeil, le réveil précoce et les difficultés à dormir à cause de soucis. Posées sous forme de questions binaires dans le Nottingham Health Profile, elles étaient, dans le cadre de l'enquête EVS proposées avec quatre modalités permettant de nuancer les réponses (voir l'encadré p. 188).

L'objet de ce chapitre ne vise pas, loin s'en faut, à explorer de manière exhaustive les problèmes liés au sommeil, mais entend apporter des éléments quantitatifs sur certaines des dimensions de la qualité du sommeil de la population résidant en France. Il s'agit ainsi de décrire les différents troubles du sommeil envisagés dans cette échelle et d'observer les liens éventuels avec les caractéristiques sociodémographiques, les événements de vie, les principaux indicateurs de santé (morbidité chronique, qualité de vie, santé perçue) et les violences subies. Par ailleurs, le cumul des problèmes de sommeil est aussi analysé. Cette étude permet enfin de comparer les résultats obtenus avec ceux d'autres enquêtes en population générale, en particulier le Baromètre santé 2005, dont les questions sur le sommeil étaient issues d'autres échelles de qualité de vie (Beck *et al.*, 2009).

Plus de la moitié de la population déclare se sentir au moins de temps en temps fatiguée au réveil et mal dormir à cause de soucis

Dans l'enquête EVS, les troubles du sommeil les plus fréquents sont le sentiment de fatigue au réveil et les difficultés à dormir à cause de soucis : plus de la moitié des personnes âgées de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire déclarent en souffrir au moins de temps en temps. Viennent ensuite les problèmes de maintien du sommeil (éveil pendant une grande partie de la nuit), puis les difficultés à se rendormir après un réveil précoce le matin (tableau 1).

Environ un quart des personnes interrogées éprouvent parfois des difficultés à se rendormir lorsqu'elles se réveillent très tôt, tandis que cette gêne est récurrente pour 18 % de la population. Seuls 6,8 % déclarent vivre de telles difficultés quotidiennement ou quasi-quotidiennement.

Le trouble de maintien du sommeil, exploré ici par le fait de rester éveillé pendant une grande partie de la nuit, concerne 45 % de la population, mais seuls 16 % des individus déclarent subir un tel problème de manière récurrente et, parmi eux, seuls 4,2 % déclarent vivre de telles difficultés tous les jours ou presque.

Le trouble d'endormissement touche pour sa part près d'un tiers de la population, mais seuls 15 % des individus déclarent subir un tel problème de manière récurrente, 5,4 % étant confrontés à de telles difficultés tous les jours ou presque. Il est toutefois à noter que 65 % déclarent ne jamais rencontrer ce problème.

La rumination, explorée ici par le fait de déclarer avoir perdu le sommeil à cause de ses soucis, concerne environ la moitié de la population. Mais pour une nette majorité d'entre elles, cette

Tableau 1

Prévalence des différents troubles du sommeil (en %)

Questions / Réponses	Non, jamais	Oui, parfois	Oui, assez souvent	Oui, tous les jours ou presque
Difficultés à se rendormir Vous réveillez-vous très tôt le matin en éprouvant des difficultés pour vous rendormir ?	58,3	23,9	10,9	6,8
Trouble de maintien du sommeil Vous arrive-t-il de rester éveillé(e) pendant une grande partie de la nuit?	54,6	29,9	11,4	4,2
Trouble d'endormissement Mettez-vous beaucoup de temps pour vous endormir?	64,5	20,8	9,2	5,4
Rumination Vous arrive-t-il d'être empêché(e) de dormir à cause de vos soucis?	49,6	39,4	8,3	2,6
Sentiment de fatigue au réveil Éprouvez-vous un sentiment de fatigue en vous réveillant?	47,9	34,4	11,6	6,1

Champ • Population âgée de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

nuisance n'est qu'occasionnelle : en effet, seuls 11 % des individus déclarent mal dormir de manière récurrente à cause de leurs soucis et pour seulement 2,6 %, cette gêne survient quotidiennement ou quasi-quotidiennement.

Le sentiment de fatigue au réveil approche la notion de sommeil non récupérateur et de retentissement diurne de l'insomnie, même si d'autres formes de retentissement ont été reconnues comme des critères pertinents d'insomnie ou plus généralement de troubles du sommeil (voir encadré ci-dessous). La fatigue est en effet incluse dans les répercussions caractéristiques de l'insomnie, au même titre que les difficultés de fonctionnement professionnel ou social, l'irritabilité, la sensation de malaise, les troubles de concentration et de mémoire, une réduction de l'énergie, de l'initiative ou la tendance aux erreurs ou aux accidents. Dans l'enquête EVS, plus de la moitié

Encadré

L'épidémiologie de l'insomnie : méthode et limites

Si elle repose depuis quelques années sur des outils standardisés, la connaissance épidémiologique du sommeil et de ses troubles n'en demeure pas moins complexe, notamment parce que le temps moyen de sommeil nécessaire par nuit peut varier nettement d'un individu à l'autre, ce qui rend difficile la fixation d'un seuil de référence. La diversité des situations les rend délicates à évaluer sur le plan épidémiologique (Léger, 2000).

Les cinq questions du Nottingham Health Profile posées dans l'enquête Événements de vie et santé (EVS) reprennent les symptômes d'insomnie reconnus par la communauté internationale (Edinger *et al.*, 2004 ; National Institute of Health State of the Science Conference Statement, 2005 ; American Academy of Sleep Medicine, 2005). Dans l'énoncé des réponses, la notion de fréquence (avec les modalités « tous les jours ou presque » et « assez souvent ») correspond grosso modo au « plus de trois fois par semaine » des classifications usuelles (Ohayon *et al.*, 2004). Cependant, la période de référence n'est pas clairement définie dans le Nottingham Health Profile, même si, telles qu'elles sont formulées, on peut considérer que les questions portent sur la période actuelle, sans plus de précision.

Les critères diagnostiques de l'insomnie selon l'American Academy of Sleep Medicine (2005)

• Le sujet rapporte une ou plus des difficultés du sommeil suivantes :
  - troubles d'endormissement ;
  - troubles de maintien du sommeil ;
  - réveil précoce ;
  - sommeil non récupérateur.

• Ces difficultés surviennent malgré des habitudes et conditions adéquates pour le sommeil.

• Le sujet rapporte au moins l'une des conséquences diurnes suivantes, en relation avec ses difficultés de sommeil :
  - fatigue/malaise ;
  - troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire ;
  - troubles du fonctionnement social ou mauvaises performances scolaires ;
  - trouble de l'humeur/irritabilité ;
  - somnolence diurne ;
  - réduction de la motivation/énergie/initiative ;
  - tendance aux erreurs/accidents au travail ou en conduisant ;
  - céphalées de tension ou malaise général en relation avec la perte de sommeil ;
  - préoccupations ou ruminations à propos du sommeil.

Questions sur les troubles du sommeil dans l'enquête EVS

- Vous réveillez-vous très tôt le matin en éprouvant des difficultés pour vous rendormir ?
- Vous arrive-t-il de rester éveillé(e) pendant une grande partie de la nuit ?
- Mettez-vous beaucoup de temps pour vous endormir ?
- Vous arrive-t-il d'être empêché(e) de dormir à cause de vos soucis ?
- Éprouvez-vous un sentiment de fatigue en vous réveillant ?

Modalités de réponse :

- Non, jamais
- Oui, parfois
- Oui, assez souvent
- Oui, tous les jours ou presque

Limites

À la lumière de ces critères, notre étude présente certaines limites, dans la mesure où les notions de retentissement, fatigue et difficulté de fonctionner dans la journée, évoquées ci-dessus, ne sont approchées que par le sentiment de fatigue au réveil. Or, ce sentiment reflète plus certainement la notion d'un sommeil non récupérateur que celle d'une fatigue ou d'un retentissement de l'insomnie dans la journée. Il recouvre probablement des situations très diverses. Par ailleurs, d'autres conséquences diurnes d'un mauvais sommeil, telles que la somnolence diurne ou la réduction de la motivation, sont proposées parmi les critères diagnostiques de l'insomnie sans être explorées dans notre étude. Ces particularités ne permettent pas de comparer en toute rigueur nos résultats aux autres données de la littérature sur l'insomnie, même si les prévalences obtenues s'avèrent proches de celles d'insomnie observées par ailleurs en France.

des personnes interrogées déclarent qu'il leur arrive d'éprouver un tel sentiment. Environ un tiers l'éprouve seulement parfois, tandis que 18 % en souffrent de manière récurrente. Seuls 6,1 % déclarent vivre de telles difficultés quotidiennement ou quasi-quotidiennement.

Dans la suite de ce chapitre, nous nous sommes concentrés sur les troubles récurrents du sommeil : nous avons regroupé, d'une part, les modalités « jamais » et « oui, parfois » et, d'autre part, les modalités « oui, assez souvent » et « tous les jours ou presque ». Au total, 39 % des 18-75 ans déclarent subir de façon chronique au moins un trouble du sommeil parmi les cinq étudiés.

Nous avons analysé dans un premier temps la proportion de personnes déclarant souffrir de ces différents troubles du sommeil en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et des violences et événements de vie graves déclarés. Dans un second temps, afin de contrôler les différents facteurs étudiés et de déterminer « toutes choses égales par ailleurs » les facteurs ou événements associés à chaque trouble, des modèles logistiques ont été élaborés pour chacun des cinq troubles du sommeil, ajustés sur le sexe, l'âge, le diplôme le plus élevé obtenu, la situation professionnelle, la situation financière, la présence déclarée d'une maladie chronique, le fait d'avoir été victime de violences physiques ou psychologiques au cours des deux dernières années, le fait d'avoir déclaré un événement grave au cours de la vie, la présence d'enfants en bas âge (de moins de 4 ans) dans le foyer et des indicateurs de santé physique et mentale.

Des troubles du sommeil plus fréquents pour les femmes : un effet de genre qui disparaît avec le contrôle des effets de structure

Les femmes semblent davantage touchées par les troubles du sommeil que les hommes, sauf pour les éveils nocturnes durables, pour lesquels la différence n'est pas significative (tableau 2). Près de 20 % des femmes éprouvent un sentiment de fatigue au réveil contre seulement 15 % des

hommes. Cette prévalence plus marquée pour les femmes a déjà été montrée dans de nombreuses études (Léger *et al.*, 2000 ; Beck *et al.*, 2009). La littérature scientifique l'explique par des raisons hormonales ou en soulignant le rôle social des femmes, en particulier lorsqu'elles élèvent des enfants en bas âge. Cependant, si l'on restreint l'analyse aux femmes de 18 à 44 ans, la présence d'enfants de 0 à 3 ans n'est associée à aucun des troubles envisagés. Toutefois, à l'issue d'une analyse « toutes choses égales par ailleurs », le lien entre le genre et les troubles du sommeil disparaît (tableau 3).

Les personnes en situation de précarité financière et professionnelle, davantage exposées aux troubles du sommeil

Plus le niveau de diplôme est élevé, moins les personnes expriment de troubles réguliers du sommeil, à l'exception des personnes souffrant d'un sentiment de fatigue au réveil, pour lesquelles la différence n'apparaît pas significative (tableau 2). Par ailleurs, plus les personnes se sentent à l'aise financièrement et moins elles sont sujettes à ces troubles. Les personnes les plus en difficulté et qui sont contraintes de s'endetter se révèlent ainsi particulièrement touchées. Par exemple, elles sont 39 % à rester souvent éveillées une grande partie de la nuit, contre 16 % de la population générale des 18-75 ans.

La situation professionnelle se révèle quant à elle associée aux cinq troubles du sommeil. Les chômeurs présentent systématiquement davantage de troubles du sommeil que les personnes occupées, à l'exception, là encore, du sentiment de fatigue au réveil. Les inactifs (étudiants, hommes et femmes au foyer, retraités, etc.) rencontrent également plus de difficultés dans leur sommeil que les personnes exerçant une activité professionnelle. Ces personnes étant dans des situations très différentes, il convient d'interpréter avec prudence ces données et de recourir à des modélisations afin de démêler les éventuels effets de structure.

Le contrôle par une modélisation logistique confirme qu'une mauvaise situation financière et un niveau de diplôme moins élevé (au moins pour certains troubles) sont associés à un risque plus important d'exposition aux troubles du sommeil (tableau 3). La situation de chômage reste elle aussi associée à un risque plus important de troubles du sommeil, sauf pour le sentiment de fatigue au réveil pour lequel la situation est inverse.

Plus les personnes interrogées déclarent une bonne santé physique et surtout mentale, moins elles rencontrent de troubles du sommeil

En ce qui concerne la santé, plus les personnes se sentent en bonne santé et moins elles sont sujettes à des troubles du sommeil. Ainsi, 62 % des personnes considérant que leur santé est médiocre ou mauvaise souffrent au moins d'un trouble (tableau 2). Par ailleurs, les deux tiers de personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent souffrir d'au moins une maladie chronique[1]. Parmi elles, 21 % éprouvent des difficultés à se rendormir après un réveil prématuré contre 10 % des personnes n'en ayant aucune.

1. Dans le questionnaire, une maladie chronique est définie comme une maladie qui dure (ou durera) longtemps ou qui revient (ou reviendra) régulièrement. Afin d'être comparable avec les standards européens, ces résultats ne tiennent pas compte d'une question supplémentaire ajoutée dans l'enquête EVS et n'employant pas le terme « chronique ». Les troubles du sommeil ont été retirés de ces pathologies pour ne pas interférer dans le test d'indépendance car le lien aurait été mécanique. Parmi les maladies les plus fréquentes, figurent les troubles de la vue comme la myopie ou la presbytie (21 %), l'hypertension artérielle (11 %), les sciatiques ou les lumbagos (14 %), l'arthrose, les rhumatismes (13 %), l'anxiété (8 %) et les migraines (8 %).

TABLEAU 2

Liens entre les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé et les troubles réguliers du sommeil

	Effectif dans l'échantillon	Proportion de personnes ayant des troubles réguliers du sommeil (en %)				
		Difficulté à se rendormir	Rester éveillé(e) une grande partie de la nuit	Trouble d'endormis-sement	Ne dort pas à cause de soucis	Sentiment de fatigue au réveil
Sexe						
Homme	4 328	**16,0**	14,7	**12,2**	**8,4**	**15,0**
Femme	5 625	**19,5**	16,4	**17,0**	**13,2**	**20,2**
Âge						
18-24 ans	866	**6,8**	**13,1**	**18,0**	**10,6**	**24,3**
25-34 ans	1 680	**11,9**	**10,6**	**14,1**	**8,6**	**21,5**
35-44 ans	2 076	**18,3**	**14,9**	**12,9**	**11,4**	**16,7**
45-54 ans	1 991	**21,7**	**16,9**	**13,1**	**13,5**	**17,1**
55-64 ans	1 737	**22,5**	**17,8**	**14,2**	**11,3**	**14,6**
65-75 ans	1 603	**24,5**	**21,8**	**18,2**	**9,5**	**11,6**
Diplôme						
Aucun ou CAP	2 440	**24,7**	**22,1**	**19,1**	**13,8**	17,5
< bac	3 412	**18,9**	**16,7**	**14,2**	**10,9**	16,5
Au moins le bac	3 979	**12,0**	**9,9**	**11,9**	**8,8**	18,6
Situation financière						
Vous êtes à l'aise, ça va	5 053	**14,5**	**11,1**	**11,6**	**6,9**	**13,9**
C'est juste, il faut faire attention	3 579	**18,7**	**16,8**	**15,0**	**11,3**	**17,6**
Vous y arrivez difficilement	1 093	**27,6**	**29,0**	**24,7**	**24,4**	**31,8**
Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes	209	**34,1**	**38,7**	**34,6**	**33,4**	**40,3**
Situation professionnelle						
Actif occupé	5 506	**15,3**	**12,2**	**11,4**	**8,5**	17,1
Chômage	745	**19,2**	**22,7**	**21,0**	**19,2**	19,7
Inactif	3 702	**21,7**	**19,7**	**19,0**	**13,0**	18,1
Santé perçue						
Excellente / très bonne	3 490	**10,3**	**8,3**	**9,7**	**6,0**	**11,9**
Bonne	4 939	**18,5**	**16,0**	**13,8**	**10,1**	**16,9**
Médiocre / mauvaise	1 524	**33,8**	**31,8**	**29,8**	**25,4**	**34,2**
Maladie chronique hors trouble du sommeil						
Aucune maladie chronique	2 995	**10,1**	**8,7**	**10,2**	**5,4**	**11,6**
Au moins une maladie chronique	6 958	**21,4**	**18,8**	**16,8**	**13,5**	**20,6**
Événement grave au cours de la vie [1]						
Oui	5 509	**21,1**	**17,7**	**17,4**	**13,8**	**21,1**
Non	4 431	**14,0**	**13,2**	**11,6**	**7,6**	**13,8**
Présence d'enfant en bas âge (0-3 ans)						
Oui	1 187	**13,9**	**12,3**	13,2	8,9	**22,0**
Non	8 766	**18,3**	**16,0**	14,9	11,2	**17,1**
Total	**9 953**	**17,7**	**15,6**	**14,6**	**10,9**	**17,7**

1. Il s'agit ici, comme dans les modèles suivants, de la question de la survenue d'un événement grave au cours de la vie posée de manière générique.

Note • Les chiffres en gras signifient que le test d'indépendance du Chi2 est significatif au seuil de 5 %.

Champ • Population âgée de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Tableau 3

Risques (odds ratios) de présenter un trouble régulier du sommeil « toutes choses égales par ailleurs »

	Effectif dans l'échantillon	Difficulté à se rendormir	Rester éveillé(e) une grande partie de la nuit	Trouble d'endormissement	Ne dort pas à cause de soucis	Sentiment de fatigue au réveil
Sexe						
Homme	4 328	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Femme	5 625	1,1	0,9	**1,2**	1,2	1,1
Âge						
18-24 ans	866	**0,3**	1,0	**1,6**	1,0	**2,3**
25-34 ans	1 680	**0,7**	0,8	1,3	0,7	**1,5**
35-44 ans	2 076	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
45-54 ans	1 991	1,1	1,0	0,8	1,0	0,8
55-64 ans	1 737	1,1	1,0	0,8	0,8	**0,7**
65-75 ans	1 603	1,1	1,2	0,8	**0,6**	**0,4**
Diplôme						
Aucun ou CAP	2 440	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
< bac	3 412	0,9	0,9	**0,8**	0,8	0,9
Au moins le bac	3 979	**0,6**	**0,6**	**0,7**	0,8	1,2
Situation financière						
Vous êtes à l'aise, ça va	5 053	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
C'est juste, il faut faire attention	3 579	1,1	**1,2**	1,0	**1,3**	1,1
Vous y arrivez difficilement	1 093	**1,3**	**1,8**	**1,3**	**2,1**	**1,7**
Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes	209	**1,7**	**2,4**	**1,9**	**2,8**	**1,7**
Situation professionnelle						
Actif occupé	5 506	ref	ref	ref	ref	ref
Chômage	745	1,0	**1,4**	**1,4**	**1,5**	**0,7**
Inactif	3 702	1,0	1,1	**1,3**	**1,4**	0,9
Maladie chronique hors trouble du sommeil						
Aucune maladie chronique	2 995	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Au moins une maladie chronique	6 958	**1,4**	**1,5**	**1,3**	**1,7**	**1,4**
Violence physique au cours des deux dernières années						
Non	9 628	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Oui	322	1,3	**2,1**	**1,8**	**1,6**	1,2
Violence psychologique au cours des deux dernières années						
Non	7 198	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Oui	2 712	**1,4**	**1,3**	**1,3**	**1,5**	**1,3**
Evénement grave au cours de la vie[1]						
Non	4 431	ref	ref	ref	ref	ref
Oui	5 509	**1,3**	1,1	**1,3**	**1,4**	**1,3**
Présence d'enfant en bas âge (0-3 ans)						
Non	8 766	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Oui	1 187	1,1	1,0	0,9	0,9	1,2
Qualité de vie						
Score de santé physique (SF-12v2)		**0,99**	**0,98**	**0,98**	1,00	**0,96**
Score de santé mentale (SF-12v2)		**0,95**	**0,96**	**0,96**	**0,91**	**0,93**

Note • Les odds ratio présentés indiquent les résultats de 5 régressions logistiques où la variable dépendante est le fait de souffrir régulièrement du trouble du sommeil considéré. Les chiffres en gras figurent les odds ratio significatifs au seuil de 5%. Pour la situation prise en référence (ref.), le risque (odds ratio) est de 1 par définition.

Lecture • Les individus de 18-24 ans ont un risque (odds ratio) 1,6 fois plus élevé que les autres de mettre du temps avant de s'endormir, à autres caractéristiques identiques (sexe, diplôme, situations financière et professionnelle, maladie chronique, violences subies, événements graves vécus, présence d'enfant de 0-3 ans et état de santé physique et mentale). Cet écart est significatif au seuil de 95%. Une augmentation d'un point du score de santé physique diminue de 1% le risque d'avoir des difficultés récurrentes à se rendormir après un réveil précoce. Cet écart est significatif au seuil de 5%.

Champ • Population âgée de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Il nous a semblé plus pertinent d'introduire dans la modélisation, à la place de la variable sur la santé perçue, deux autres variables plus sophistiquées : les scores agrégés de santé physique et de santé mentale selon une échelle de qualité de vie[2], le SF-12v2[3] (Ware *et al.*, 2002), dont les principes sont rappelés dans l'article p. 35. Plus les scores de cette échelle sont élevés, plus la personne interrogée se perçoit en bonne santé. D'après les résultats de cette enquête, la santé physique et mentale apparaît meilleure chez les personnes ne présentant pas de troubles réguliers du sommeil (tableau 4). L'analyse logistique confirme qu'une mauvaise qualité de vie, que ce soit en termes de santé mentale ou physique, augmente les risques de troubles du sommeil, davantage pour la santé mentale que pour la santé physique (tableau 3).

Des troubles du sommeil variables selon l'âge

Il a été montré que le sommeil perd en qualité avec l'âge, avec une diminution du sommeil lent profond et une augmentation des réveils nocturnes (Corman et Léger, 2004). Selon une étude américaine, la moitié des personnes de plus de 65 ans déclarent des troubles du sommeil et 80 % ont déjà eu l'occasion de se plaindre de la qualité de leur sommeil (Foley *et al.*, 1995).

Dans l'enquête EVS, plus les personnes sont âgées, plus elles sont nombreuses à présenter des difficultés régulières pour se rendormir après un réveil précoce (tableau 2). Ainsi, seulement 6,8 % des 18-24 ans se plaignent de ce trouble, qui concerne 18 % des 35-44 ans pour atteindre un quart des 65-75 ans. De même, à partir de 25 ans, le fait de rester éveillé une grande partie de la nuit devient plus fréquent avec l'âge. Les corrélations des autres troubles avec l'âge ne sont pas de même nature ou ne vont pas dans le même sens. Les plus jeunes et les plus âgés sont proportionnellement plus nombreux à mettre du temps à s'endormir (environ 18 %), alors

Tableau 4

Moyennes des scores de santé physique et de santé mentale selon la présence régulière de troubles du sommeil (en %)

	Difficulté à se rendormir		Reste éveillé(e) une grande partie de la nuit		Trouble d'endormissement		Ne dort pas à cause de soucis		Sentiment de fatigue au réveil		Tout trouble confondu	
	Jamais ou parfois	Souvent ou tous les jours	Jamais ou parfois	Souvent ou tous les jours	Jamais ou parfois	Souvent ou tous les jours	Jamais ou parfois	Souvent ou tous les jours	Jamais ou parfois	Souvent ou tous les jours	0 ou 1 trouble du sommeil	au moins deux troubles du sommeil
Score de santé physique	**51,0**	**46,1**	**50,9**	**45,5**	**50,8**	**46,1**	**50,5**	**46,6**	**50,9**	**46,3**	**51,2**	**45,7**
Score de santé mentale	**51,3**	**45,8**	**51,2**	**45,6**	**51,1**	**45,9**	**51,4**	**41,2**	**51,7**	**44,1**	**51,8**	**44,3**

Note • Les chiffres en gras signifient que le test d'indépendance du Chi2 est significatif au seuil de 5 %.

Lecture • Le score de santé physique moyen des personnes déclarant avoir des difficultés à se rendormir « jamais ou parfois » est de 51,0 %, contre 46,1 % pour ceux qui déclarent avoir des difficultés à se rendormir « souvent ou tous les jours ». Résultats significatif au seuil de 5 %.

Champ • Population âgée de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

2. La qualité de vie est définie comme « la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et préoccupations ». Elle se fonde sur la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui ne considère pas la santé comme une simple absence de maladie mais comme « un état de bien-être physique, psychologique et social ».

3. Ces scores sont tirés du SF-12v2. Ces variables ont été normées et centrées (moyenne = 50, écart type = 10). Elles ont été calculées à partir des moyennes relevées parmi les répondants à EVS (et non en s'appuyant sur les moyennes de référence établies sur des populations américaines) et des pondérations appliquées aux populations américaines, considérées transposables à des répondants français. La lecture du résultat 50 signifie ici : « dans la moyenne » mais cette valeur n'est donc pas comparable au résultat de 50 tel qu'il est calculé aux États-Unis. Ainsi calculés, ces scores agrégés sont avant tout destinés à des comparaisons entre les répondants à EVS.

que les âges intermédiaires sont davantage épargnés par cette difficulté (seulement 13 %). Concernant le fait de ne pas dormir à cause de soucis, aucune tendance claire ne se dégage suivant l'âge. En revanche, le sens de la liaison entre l'âge et le sentiment de fatigue au réveil est très clair : plus on vieillit et moins on est sujet à ce trouble du sommeil. Près du quart des 18-24 ans se disent concernés par ce trouble, contre à peine 12 % des 65-75 ans. Il est possible que la personne âgée considère parfois ce sentiment comme normal, au point de le déclarer moins spontanément que les plus jeunes. Autre explication possible, les jeunes générations ont tendance à davantage décaler leurs horaires de coucher, notamment au profit de sorties festives, ce qui peut rendre le réveil plus difficile, en particulier s'il se double d'une dette de sommeil. La spécificité des associations obtenues avec l'âge se confirme dans l'analyse « toutes choses égales par ailleurs » (tableau 3).

Les personnes veuves et divorcées plus touchées par les troubles du sommeil

Le statut matrimonial (célibataire, marié, veuf, divorcé), en particulier la situation de veuvage, est souvent évoqué pour expliquer l'apparition des troubles du sommeil (Giordanella, 2006). Afin de l'étudier spécifiquement, nous avons restreint l'analyse aux personnes âgées de 50 ans et plus (tableau 5). Parmi elles, quel que soit le trouble envisagé à l'exception du sentiment de fatigue au réveil, les troubles réguliers du sommeil sont plus fréquents chez les personnes ayant divorcé et surtout chez les personnes veuves que chez les personnes mariées ou célibataires. Mais après contrôle des autres caractéristiques sociodémographiques, des scores de qualité de vie, des violences subies ou du fait de déclarer une maladie chronique ou la survenue d'un événement grave, le statut matrimonial des personnes âgées de 50 ans ou plus n'est plus associé à la présence de troubles (tableau 3).

Avoir subi des violences physiques et psychologiques ainsi que des événements de vie graves augmentent les risques de survenue des troubles du sommeil

Afin d'explorer les liens entre les troubles du sommeil au moment de l'enquête EVS et les violences subies au cours d'une période récente (les deux dernières années précédant l'enquête), nous avons étudié cinq types de violence, selon le regroupement proposé par Catherine Cavalin (voir l'article p. 71). Les personnes victimes de violences verbales, physiques ou sexuelles sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de troubles du sommeil, à l'exception des difficultés à se rendormir après un réveil prématuré (tableau 6). Les personnes ayant subi des violences psychologiques se trouvent pour leur part confrontées à tous les

Tableau 5

Statut matrimonial et troubles réguliers du sommeil parmi les personnes âgées de 50-75 ans

Statut matrimonial	Effectif dans l'échantillon	Proportion de personnes ayant des troubles réguliers du sommeil (en %)				
		Difficulté à se rendormir	Rester éveillé(e) une grande partie de la nuit	Trouble d'endormissement	Ne dort pas à cause de soucis	Sentiment de fatigue au réveil
Célibataire	381	**15,7**	**15,5**	**17,1**	**12,6**	17,0
Marié	2 681	**23,4**	**18,1**	**13,9**	**10,3**	13,9
Veuf	666	**31,6**	**26,1**	**22,1**	**15,6**	17,3
Divorcé	595	**24,7**	**24,4**	**19,7**	**13,6**	18,7

Note • Les chiffres en gras signifient que le test d'indépendance du Chi2 est significatif au seuil de 5 %.

Champ • Population âgée de 50 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

troubles du sommeil étudiés. De même, les personnes déclarant avoir vécu un événement grave au cours de la vie sont plus nombreuses à souffrir de chacun des troubles explorés dans cette enquête. En revanche, les atteintes aux biens (vols, cambriolages ou dégradations de biens) ne semblent pas être liées à davantage de troubles du sommeil, excepté pour le sentiment de fatigue au réveil.

Après contrôle des principaux facteurs sociodémographiques, les atteintes aux biens et les violences sexuelles et verbales[4] ne semblent pas avoir un effet propre sur les troubles du sommeil étudiés (tableau 3). En revanche, avoir subi des violences physiques, psychologiques ou avoir vécu au moins un événement grave au cours de sa vie augmentent les risques de connaître des problèmes récurrents de sommeil.

Une personne sur cinq cumule au moins deux troubles réguliers du sommeil

À défaut de pouvoir étudier l'insomnie à partir de ses stricts critères diagnostiques (encadré), nous avons approché cette notion en analysant les troubles du Nottingham Health Profile. En effet, la dette de sommeil et ses conséquences délétères surviennent lorsque sont cumulés les difficultés d'endormissement, l'éveil nocturne et le réveil précoce.

Lors des réflexions qui ont accompagné la création des classifications internationales des troubles du sommeil (International Classification of Sleep Disorders– ICSD – ou DSM-IV), il a été recommandé de ne pas considérer un trouble de sommeil isolément, sans tenir compte de sa fréquence, de son association à d'autres troubles et des conséquences des troubles du sommeil sur

Tableau 6

Violences subies récemment et troubles réguliers du sommeil

Violences subies récemment (au cours des deux ans précédant l'enquête)	Effectif dans l'échantillon	Proportion de personnes ayant des troubles réguliers du sommeil (en %)				
		Difficulté à se rendormir	Rester éveillé(e) une grande partie de la nuit	Trouble d'endormissement	Ne dort pas à cause de soucis	Sentiment de fatigue au réveil
Violence verbale						
Oui	1 765	18,6	**20,5**	**18,6**	**17,2**	**26,3**
Non	8 183	17,6	**14,5**	**13,8**	**9,5**	**15,8**
Violence physique						
Oui	322	21,9	**30,4**	**30,7**	**22,5**	**30,7**
Non	9 628	17,6	**15,0**	**14,1**	**10,5**	**17,2**
Violence à caractère sexuelle						
Oui	270	17,6	**25,8**	19,6	**19,0**	**28,6**
Non	9 674	17,8	**15,3**	14,5	**10,7**	**17,4**
Violence psychologique						
Oui	2 712	**22,8**	**20,8**	**20,3**	**16,9**	**25,9**
Non	7 198	**15,9**	**13,6**	**12,6**	**8,6**	**14,6**
Vol, cambriolage ou dégradation de biens						
Oui	1 457	17,6	16,3	16,6	11,8	**21,5**
Non	7 788	17,9	15,2	14,2	10,7	**16,9**

Note • Les chiffres en gras signifient que le test d'indépendance du Chi2 est significatif au seuil de 5 %.
Champ • Population âgée de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.
Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

4. Ces variables ont par la suite été retirées des modèles logistiques.

le fonctionnement diurne. Dans l'enquête EVS, tandis que plus d'un tiers de la population (39 %) déclare présenter au moins un trouble régulier du sommeil, une personne sur cinq (20 %) cumule au moins deux des troubles et 11 % au moins trois. Ces résultats rejoignent ceux de la prévalence de l'insomnie observée en France en 2000 à partir des critères du DSM-IV, qui était de 19 % (Léger *et al.*, 2000). De même, le niveau d'insatisfaction du sommeil observé dans le Baromètre santé était de 18 % parmi les 18-75 ans (Beck *et al.*, 2009). Ces niveaux comparables incitent à retenir la notion de cumul des troubles (au moins deux), pour approcher la notion d'insomnie en l'absence de mesure du retentissement sur les activités diurnes, comme c'est le cas dans l'enquête EVS et dans les enquêtes ne portant pas spécifiquement sur le sommeil.

Le cumul des troubles du sommeil apparaît essentiellement lié à une situation financière précaire

Le modèle a été construit de la même manière que le précédent (tableau 7). La situation professionnelle, la présence d'enfants en bas âge, ainsi que les variables relatives aux violences sexuelles et aux atteintes aux biens, ont été retirées car elles n'influent pas significativement sur le fait de présenter au moins deux troubles du sommeil récurrents. Lorsque l'analyse est effectuée sur le cumul des troubles, les liens avec le chômage et l'âge disparaissent, ce qui tient au fait que la relation est différente selon le trouble considéré. En particulier, le sentiment de fatigue au réveil, caractéristique des populations les plus jeunes, est également associé au fait d'avoir un emploi, contrairement à l'ensemble des autres troubles étudiés. Ainsi, l'effet de l'âge, qui apparaissait significatif et spécifique selon les troubles du sommeil pris séparément, disparaît lorsqu'on étudie le cumul éventuel de tous les types de troubles. L'âge ne serait pas déterminant quant aux chances d'éprouver un trouble du sommeil, mais il le serait quant à la nature précise du trouble.

En revanche, le contrôle des facteurs sociodémographiques et des variables relatives aux violences permet de mettre clairement en évidence l'importance du niveau de diplôme et de la situation financière. Les personnes ayant un diplôme au moins égal au bac présentent moins de risques de cumuler plusieurs troubles réguliers du sommeil. En ce qui concerne la situation financière, plus elle se dégrade et plus les risques de cumuler deux troubles augmentent par rapport à quelqu'un qui déclare être à l'aise financièrement. Il s'agit, après contrôle des effets de structure par modélisation logistique, du risque le plus élevé de survenue récurrente de plusieurs troubles. La probabilité de cumul s'avère particulièrement importante pour les personnes qui déclarent « ne pas y arriver sans faire de dettes ».

Les victimes de violences physiques ou psychologiques ont également plus de chances de cumuler au moins deux troubles réguliers du sommeil, tout comme les personnes ayant le sentiment d'avoir vécu un événement grave au cours de leur vie.

En ce qui concerne la santé, il apparaît à nouveau que, lorsque les scores agrégés de santé mentale et de santé physique augmentent, la probabilité d'être atteint d'au moins deux troubles diminue. La corrélation avec la santé mentale apparaît plus étroite qu'avec la santé physique. Avoir au moins une maladie chronique augmente aussi les chances de cumuler les troubles.

La santé mentale explique en grande partie l'insomnie féminine

Cette étude illustre ainsi le lien important entre santé physique et mentale et troubles du sommeil : quand la santé se dégrade, les chances d'éprouver des troubles réguliers du sommeil augmentent, surtout en ce qui concerne la santé mentale. Un tel résultat n'est pas vraiment surprenant : les liens entre santé mentale et sommeil sont très forts, au point que les troubles du sommeil font partie des critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur[5], au rang des

Tableau 7

Facteurs associés au cumul d'au moins deux troubles réguliers du sommeil

	Effectif dans l'échantillon	Proportion de personnes présentant régulièrement au moins deux troubles du sommeil (en %)	Odds ratios ajustés
Sexe			
Hommes	4 328	17,0	ref.
Femmes	5 625	22,9	1,1
Âge			
18-24 ans	866	17,6	1,1
25-34 ans	1 680	16,2	0,9
35-44 ans	2 076	19,6	ref.
45-54 ans	1 991	21,4	0,9
55-64 ans	1 737	21,7	0,9
65-75 ans	1 603	25,2	1,0
Diplôme			
Aucun ou CAP	2 440	27,0	ref.
< bac	3 412	20,4	**0,8**
Au moins le bac	3 979	14,7	**0,6**
Situation financière			
Vous êtes à l'aise, ça va	5 053	15,0	ref.
C'est juste, il faut faire attention	3 579	21,2	**1,2**
Vous y arrivez difficilement	1 093	35,8	**1,6**
Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes	209	49,4	**2,4**
Maladie chronique hors trouble du sommeil			
Aucune maladie chronique	2 995	11,3	ref.
Au moins une maladie chronique	6 958	24,3	**1,5**
Violence physique au cours des deux dernières années			
Non	9 628	19,5	ref.
Oui	322	35,2	**1,8**
Violence psychologique au cours des deux dernières années			
Non	7 198	17,0	ref.
Oui	2 712	28,2	**1,5**
Evénement grave au cours de la vie			
Non	4 431	16,0	ref.
Oui	5 509	23,7	**1,3**
Qualité de vie			
Score de santé physique (SF-12v2)			**0,98**
score de santé mentale (SF-12v2)			**0,93**

Note • Les odds ratios présentés indiquent les résultats d'une régression logistique où la variable dépendante est le fait de cumuler au moins deux troubles du sommeil. Les chiffres en gras figurent les odds ratios significatifs au seuil de 5 %. Pour la situation prise en référence (ref.), le risque (odds ratio) est de 1 par définition.

Lecture • Les individus de 18-24 ans ont un risque (odds ratio) 1,1 fois plus élevé que les autres de souffrir d'au moins deux troubles du sommeil parmi les cinq étudiés, à autres caractéristiques identiques (sexe, diplôme, situation financière, maladie chronique, violences subies, événements graves vécus, et état de santé physique et mentale). Cet écart n'est pas significatif.

Champ • Population âgée de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

symptômes à identifier (Lecrubier *et al.*, 1997 ; Sheehan *et al.*, 1997). En revanche, une fois contrôlés les principaux effets de structure, le genre ne semble pas influer sur les troubles du sommeil pris séparément (à l'exception des difficultés à s'endormir), ni sur le cumul des troubles, ce résultat allant à contresens de la littérature (Léger *et al.*, 2000 ; Ohayon *et al.*, 2004 ; Beck *et al.*, 2009). Or, c'est l'introduction du score de santé mentale issu du SF-12v2 dans le modèle qui supprime l'écart d'abord constaté entre les deux sexes[6].

Il faut ici souligner que la plupart des études menées en population générale indiquent une prévalence des troubles dépressifs 1,5 à 3 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes, cette différence s'installant dès l'adolescence et perdurant jusqu'aux âges les plus élevés. Ce résultat a été observé en France (Le Pape et Lecomte, 1999 ; Lepine *et al.*, 2005 ; Chan Chee *et al.*, 2009) comme dans les pays anglo-saxons (Kessler *et al.*, 1993 ; Jenkins *et al.*, 1997 ; Bijl *et al.*, 1998). L'hypothèse d'une propension moins grande des hommes à déclarer des états comme la tristesse ou le mal-être, qui permettent de repérer l'épisode dépressif, vient quelque peu nuancer l'écart mesuré entre femmes et hommes, sans que l'ampleur des différences puisse être imputée uniquement à des biais de déclaration. Pour certains auteurs, la dépression présenterait pour les hommes une symptomatologie impliquant moins la tristesse et l'anhédonie[7]. Pour d'autres, le rôle social des femmes serait source de stress et de dépression. De fait, les inégalités face à la dépression sont dues en partie à des situations économiques et sociales qui exposent davantage les femmes aux troubles dépressifs (Kessler, 2003).

Concernant le sommeil, nos résultats montrent qu'à situation sociodémographique similaire, c'est plutôt l'état mental (évalué ici par la dimension santé mentale du SF-12v2) qui semble expliquer la différence de plainte d'insomnie entre hommes et femmes. Certaines hypothèses ont pu être avancées sur le fait que l'insomnie plus fréquente chez les femmes pouvait être liée au rôle de la femme vis-à-vis des enfants (les femmes sont plus fréquemment réveillées par les enfants que les hommes), aux rythmes périodiques hormonaux, à une différence d'expression entre hommes et femmes vis-à-vis des troubles du sommeil (Giordanella, 2006). Il semble, selon nos résultats, que l'état mental soit aussi un facteur influençant significativement cette différence.

Conclusion

Cette étude confirme que les troubles du sommeil sont associés de manière significative à des situations précaires et à certains événements de vie difficiles tels que les violences subies. Les femmes, les personnes les moins diplômées, les personnes se sentant en difficulté financière, les chômeurs, les personnes en mauvaise santé et celles ayant au moins une maladie chronique sont proportionnellement plus nombreux à souffrir de troubles du sommeil. À l'exception des victimes de vols, de cambriolages ou de dégradations de biens, les victimes de violences (sexuelles, psychologiques, physiques et verbales) apparaissent également plus touchées par ces troubles. L'âge semble pour sa part davantage lié à la nature spécifique du trouble considéré : par exemple, les difficultés à se rendormir augmentent avec l'âge contrai-

5. Il convient ici de rappeler que les troubles du sommeil ne sont pas considérés dans la constitution du score du SF12, limitant ici le risque de colinéarité entre le score de santé mentale et la survenue de troubles du sommeil.

6. Afin de mieux comprendre comment les nettes différences entre hommes et femmes visibles dans les tris croisés pouvaient disparaître dans un modèle incluant d'autres variables, nous avons cherché les variables en l'absence desquelles cet effet du genre pouvait réapparaître.

7. L'anhédonie caractérise l'incapacité à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées comme telles antérieurement.

rement au sentiment de fatigue au réveil, qui est de moins en moins fréquent. Les femmes se plaignent davantage d'insomnie que les hommes, un résultat qui est à mettre en relation avec une souffrance psychique plus forte plutôt qu'avec d'autres différences comportementales (soin des enfants la nuit, expression plus spontanée des troubles du sommeil) ou hormonales (règles périodiques, grossesse, ménopause), qui sont fréquemment envisagées pour expliquer cette différence. Ainsi, l'introduction de la dimension de santé mentale issue d'une échelle de qualité de vie supprime l'apparente différence entres hommes et femmes, déplaçant ainsi la question du terrain biologique vers celui de la souffrance psychique et de son expression qui diffère nettement entre hommes et femmes. À santé mentale équivalente, hommes et femmes seraient égaux face au sommeil.

On retiendra par ailleurs les spécificités du sentiment de fatigue au réveil qui n'apparaît lié ni au niveau de diplôme, ni à la perception de sa santé. En revanche, c'est le seul trouble lié à tous les types de violences subies, ce qui s'explique principalement par un effet âge. Il présente également la caractéristique de fortes prévalences chez les personnes en difficultés financières (plus de 30 %) ou chez les 18-24 ans (près d'un quart).

Bibliographie

American Academy of Sleep Medicine, 2005, *International Classification of Sleep Disease (ICSD)*, American Academy of Sleep Medicine, 2e edition, 298 p.

Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), 2007, *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES, 608 p.

Beck F., Léon C., Léger D., 2009, « Les troubles du sommeil en population générale. Évolution 1995-2005 des prévalences et facteurs sociodémographiques associés », *Médecine/science*, 25(2), pp. 201-206.

Bijl R.V., Ravelli A., van Zessen G., 1998, « Prevalence of psychiatric disorder in the general population : results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(12), p. 587-595.

Chan-Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P., 2009, *La dépression en France. Enquête Anadep 2005*, INPES, 203 p.

Corman B., Léger D., 2004, « Troubles du sommeil chez le sujet âgé », *La revue du praticien*, 54, pp. 1281-1285.

Dourgnon P., 2009, « L'enquête santé protection sociale, un panel pour l'analyse des politiques de santé et la recherche en économie de la santé », *La Lettre du Collège (CES)*, n° 1, 2009/03, pp. 4-6.

Edinger J.D., Bonnet M.H., Bootzin R.R., **American Academy of Sleep Medicine Work Group**, 2004, « Derivation of research diagnostic criteria for insomnia : report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group », *Sleep*, 27(8), p. 1567-1596.

Foley D.J., Monjan A.A., Brown S.L., Simonsick E.M., Wallace R.B., Blazer D.G., 1995, « Sleep complaints among elderly persons : an epidemiologic study of three communities », *Sleep*, 18(6), p. 425-432.

Fort P., 2000, « Ces neurones qui nous font dormir », *Médecine/sciences*, 16, n°12, pp. 1454-1455.

Gallichio L., Kalesan B., 2009, « Sleep duration and mortality : a systemic review and meta analysis », *Sleep Medicine Reviews*, 18, p. 145-147.

Giordanella J.-P. (sous la dir. de), 2006, *Rapport sur le thème du sommeil au ministre de la Santé et des Solidarités*, Ministère de la Santé des Solidarités, 394 p.

Godet-Cayre V., Pelletier-Fleury N., Le Vaillant M., Dinet J., Massuel M.A., Léger D., 2006, « Insomnia and absenteeism : who pays the costs ? », *Sleep*, 29, p. 179-184.

Hunt S.M., McKenna S.P., McEwen J., Backett E.M., Williams J., Papp E., 1980, « A quantitative approach to perceived health status : a validation study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 34, p. 281-286.

Hunt S.M., McEwen J., Williams J. Papp E., 1981, « The Nottingham Health Profile : subjective health status and medical consultations », *Social Science and Medicine*, 15A, p. 221-229.

Institut national du sommeil et de la vigilance (INSV), 2009, *Enquête Journée nationale du sommeil 2009* (www.institut-sommeil-vigilance.org).

Jenkins R., Lewis G., Bebbington P., Brugha T., Farrell M., Gill B. *et al.*, 1997, « The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain. Initial findings from the household survey », *Psychological Medicine*, Jul, 27(4), p. 775-789.

Kessler R.C., 2003, « Epidemiology of women and depression », *Journal of Affective Disorders*, Mar, 74(1), p. 5-13.

Kessler R.C., Mc Gonagle K.A., Swartz M., Blazer D.G., Nelson C.B., 1993, « Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I : Lifetime prevalence, chronicity and recurrence », *Journal of Affective Disorders*, Oct, 29(2-3), p. 85-96.

Lecrubier Y., Sheehan D., Weiller E., Amorim P., Janavs J., Weiler E., Hergueta T., Baker. R., Dunbar G.C., 1997, « The MINI International neuropsychiatric interview (MINI) : a short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI », *European Psychiatry*, vol. 12, p. 224-231.

Léger D., 2000, *Conduites à tenir devant un trouble du sommeil*, Doin, 187 p.

Léger D., Guilleminault C., Levy E., Paillard M., 2002, « Medical and socio-professional impact of insomnia », *Sleep*, 25, p. 625-629.

Léger D., Guilleminault C., Dreyfus J.-P., Paillard M., 2000, « Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France », *Journal of Sleep Research*, 9(1), p. 335-342.

Léger D., Massuel M.A., Metlaine A. and the Sisyphe Study Group, 2006, « The professional correlates of insomnia », *Sleep*, 29, p. 171-178.

Le Pape A., Lecomte T., 1999, *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997*, CREDES, Biblio. n°1277, septembre, 108 p.

Lepine J.P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Negre-Pages L., Nachbaur G. *et al.*, 2005, « Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) », *Encephale*, 31(2), p. 182-194.

National Institute of Health State of the Science Conference Statement, 2005, « Manifestations and management of chronic insomnia in adults », *Sleep*, 28(9), p. 1049-1057.

Ohayon M.M., Carskadon M.A., Guilleminault C., Vitiello M.V., 2004, « Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : developing normative sleep values across the human lifespan », *Sleep*, 27(7), p. 1255-1273.

Sheehan D.V., Lecrubier Y., Harnett-Sheehan K., Janavs J., Weiller E., Bonora L.I., Keskiner A., Schinka J., Knapp E., Sheehan M.F., Dunbar G.C., 1997, « Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) : according to the SCIDP », *European Psychiatry*, vol. 12, p. 232-241.

Ware J.E., Kosinski M., Turner-Bowker D.M., Gandek B., 2002, *How to Score Version 2 of the SF-12 Health Survey (with a Supplement Documenting Version 1)*, Lincoln, RI : Quality Metric Incorporated, p. 29-51.

Les pratiques addictives des jeunes adultes :

l'impact des caractéristiques sociodémographiques et des événements de vie

François BECK, Romain GUIGNARD et Laura MARCH

Le tabac, l'alcool et le cannabis sont les premières substances psychoactives consommées par les jeunes adultes en France. Ce sont pourtant les autres drogues qui les distinguent le plus du reste de la population. Les niveaux d'usage varient beaucoup suivant l'âge et le sexe, mais également suivant le milieu social. L'enquête Événements de vie et santé (EVS), réalisée en 2005, apporte un nouvel éclairage sur la consommation des produits psychoactifs licites ou illicites des jeunes adultes de 18-34 ans. Elle permet de mieux cerner les caractéristiques sociodémographiques de ces consommateurs, mais aussi d'étudier les liens éventuels avec des violences subies récemment ou par le passé. Les jeunes femmes se révèlent toujours moins consommatrices que les jeunes hommes, cette tendance étant moins nette pour le tabac que pour les autres produits. Globalement, l'usage de drogues illicites apparaît fortement lié aux violences subies au cours des deux années précédant l'enquête EVS et aux événements familiaux vécus pendant l'enfance ou l'adolescence, tandis que la consommation régulière de tabac et d'alcool s'avère plus nettement associée aux contextes sociaux. Un usage régulier d'alcool apparaît ainsi lié à un niveau de diplôme élevé, tandis que le chômage est une situation associée à une consommation de drogues illicites et à un tabagisme quotidien plus fréquent.

La surveillance épidémiologique et la compréhension des usages de drogues à l'adolescence et au début de l'âge adulte sont une priorité des pouvoirs publics. Les données épidémiologiques disponibles soulignent la prépondérance des usages d'alcool et de tabac dans l'ensemble des addictions, même si leurs niveaux de consommation sont à la baisse depuis plusieurs décennies en France. Depuis quelques années, le tabagisme apparaît en net recul parmi les moins de 25 ans et la consommation régulière d'alcool semble relativement stable (Beck *et al*., 2010). Alors que les ivresses alcooliques diminuent légèrement parmi les jeunes adultes, elles sont en hausse entre 2000 et 2008 parmi les jeunes de 17 ans (Legleye *et al.*, 2009). Le coût sanitaire et social de ces deux substances apparaît très nettement supérieur à celui des drogues illicites.

La consommation du cannabis s'est quant à elle nettement étendue au cours des années 1990, particulièrement chez les jeunes, plaçant la France en tête des pays européens pour la consommation de cannabis, tant des adolescents (Chomynova *et al.*, 2009 ; Hibell *et al.*, 2009) que des jeunes adultes (Beck *et al*., 2007). Cependant, l'augmentation de la diffusion du cannabis a cessé au cours des années 2000.

Les autres drogues illicites (encadré 1) apparaissent nettement moins expérimentées à l'échelle de la population, même si l'expérimentation de produits tels que la cocaïne ou l'ecstasy s'avère de plus en plus répandue. Pour ces produits, la France se place dans le bas du tableau des prévalences en Europe.

Ainsi, si l'ecstasy et la cocaïne se sont plus largement diffusées dans la population, leurs niveaux d'expérimentation restent faibles. Par ailleurs, ces produits sont désormais plus souvent expérimentés au-delà de 18 ans. Les niveaux d'usage des autres produits illicites apparaissent stables depuis la fin des années 1990.

La consommation d'héroïne, qui a connu une augmentation dans les années 1980, a été jugulée à partir du milieu des années 1990 par une politique de réduction des risques intégrant des programmes de mise à disposition de produits de substitution, d'échange de seringues ou d'information aux usagers. Cette inflexion de politique publique a notamment permis de diminuer le nombre de décès par surdose au cours des années 1990-2000. La baisse de la proportion d'usagers de drogues parmi les nouveaux diagnostics de VIH (virus de l'immunodéficience humaine), stabilisée autour d'une centaine de cas par an, confirme cette tendance (INVS, 2009). L'évolution observée depuis plusieurs années montre par ailleurs que les usagers de drogues actuels sont souvent des polyconsommateurs qui ont intégré dans leur consommation l'usage de produits de substitution à l'héroïne comme la buprénorphine haut dosage (BHD ou Subutex®).

Un dispositif d'observation reposant sur des enquêtes en population générale et des statistiques institutionnelles

Les enquêtes par sondage, interrogeant un échantillon représentatif de la population sur sa consommation de substances psychoactives et ses représentations des drogues, ont connu un important développement en France au milieu des années 1990 (Beck, 2006). Plusieurs rapports avaient souligné le manque criant d'enquêtes représentatives sur ce thème : le dispositif d'observation reposait alors en grande partie sur des données administratives émanant des services statistiques des institutions sanitaires, sociales, répressives et judiciaires (Padieu, 1994 ; Henrion, 1995 ; Faugeron et Kokoreff, 1999).

Quand les statistiques répressives illustrent, par le biais des données d'interpellation, une prédominance du cannabis, celles issues du système de recours aux soins présentent quant à elles une population majoritairement composée de polytoxicomanes, alors même que les ethnologues évoquent de nouveaux usages de la cocaïne ou de drogues de synthèse

Encadré 1

Les drogues illicites ou détournées de leur usage

Le **cannabis** (ou chanvre indien) est une plante dont est extraite la marijuana (herbe), de la résine (haschisch) ou de l'huile. Il est le plus souvent fumé sous forme de cigarette (joint). Le cannabis possède des effets euphorisants, désinhibants, relaxants mais peut provoquer un phénomène de décompensation psychique. Il peut également induire une dépendance psychique chez les consommateurs quotidiens. Une consommation chronique de cannabis, associée ou non au tabac, augmente également le risque de cancer des voies aérodigestives.

Le **poppers** désigne une famille de composés synthétiques volatils nitrités. Il a un effet désinhibiteur bref et intense, provoquant le rire et une euphorie avec accélération du rythme cardiaque. En vente dans certains commerces (sex-shop surtout), il peut exposer, quoique rarement, à certains problèmes sanguins graves.

L'**héroïne** est un dérivé de la morphine, elle-même dérivée de l'opium. Elle est consommée pour ses propriétés euphorisantes et relaxantes. Son administration par voie intraveineuse en a fait une cause majeure de transmission des virus des hépatites et du VIH. Elle peut également être sniffée (pratique répandue au Royaume-Uni par exemple) ou fumée. L'héroïne passe plus rapidement que d'autres substances dans le cerveau. Son utilisation induit une très forte dépendance physique et psychique avec état de manque en cas de sevrage.

L'**ecstasy** désigne des produits synthétiques contenant du MDMA (méthylènedioxymétamphétamine), sous forme de comprimés ou de poudre. Apparue en France vers la fin des années 1980, cette « drogue de l'amour » s'est largement répandue au cours des années 1990, notamment avec l'essor du mouvement techno, et dépasse désormais largement ce cadre.

Le **LSD** est un hallucinogène provoquant des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle qui peuvent aller jusqu'aux hallucinations. Il se présente le plus souvent sous la forme d'un buvard sucé ou avalé.

La **cocaïne** se présente le plus souvent sous la forme d'une fine poudre blanche, à sniffer. Elle est plus rarement consommée par voie intraveineuse ou fumée. Auparavant limitée à des milieux sociaux favorisés, proches du monde du spectacle, ainsi qu'aux populations marginalisées, elle est désormais consommée dans de nouveaux espaces et par de nouvelles catégories sociales (milieux festifs, classes moyennes, chômeurs, etc.). Elle provoque une euphorie immédiate, une stimulation intellectuelle et physique mais n'engendre pas de dépendance physique. En revanche, la dépendance psychique peut être extrêmement forte.

Les **amphétamines** sont des produits de synthèse stimulants le plus souvent disponibles sous forme de cachets (à gober). Elles sont le plus souvent consommées dans un cadre festif ou pour améliorer ses performances sportives ou professionnelles. Les amphétamines sont récemment sorties de la pharmacopée et sont classées parmi les stupéfiants.

Les **champignons hallucinogènes** et les autres hallucinogènes végétaux sont des produits d'origine naturelle contenant des principes actifs hallucinogènes. Ils provoquent des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Parmi les autres hallucinogènes, se trouvent la mescaline, le datura, la salvia divinorum, etc.

Les **produits pris par inhalation** sont divers (colles, solvants, détachants, vernis, protoxyde d'azote, air sec, dérivés du pétrole, etc.). Les principes actifs les plus connus sont le protoxyde d'azote (gaz hilarant), l'éther, le trichloréthylène et l'acétone. Les principaux utilisateurs sont les adolescents car les inhalants sont pour la plupart d'accès facile et de prix très bas. Les troubles engendrés peuvent être assez graves, tant sur le plan physique que psychique. Ces produits sont en vente libre ou à usage hospitalier (protoxyde d'azote, éther).

(amphétamines, ecstasy, etc.) dont les adeptes ne seraient pas encore bien connus des institutions prenant en charge les usagers de drogues. Face à la complexité et la diversité des usages de drogues illicites, ces différents outils d'observation, d'origine institutionnelle ou scientifique, s'avèrent donc complémentaires pour dresser un portrait complet de la situation actuelle en France.

Les enquêtes effectuées auprès d'un échantillon représentatif de la population permettent d'offrir une lecture quantitative de l'usage de drogues illicites et d'analyser les principaux facteurs associés et les grandes caractéristiques des usagers. Les enquêtes françaises portant sur les usages de drogues des adolescents (Beck *et al.*, 2000 ; Legleye *et al.*, 2007) ou des élèves scolarisés dans le secondaire (Choquet *et al.*, 2004) sont nombreuses depuis la fin des années 1990. Par contraste, celles concernant spécifiquement les jeunes adultes sont plus rares : en effet, il n'existe pas pour cette population de base de sondage nationale spécifique, comme pour les adolescents. Faute de pouvoir disposer de bases de sondage représentatives de l'ensemble d'une génération, s'appuyer sur des enquêtes en population générale adulte constitue le meilleure solution. L'enquête Événements de vie et santé (EVS), réalisée en 2005 par la DREES, permet d'observer les usages de substances psychoactives licites ou illicites de plusieurs générations d'individus et d'observer les spécificités des jeunes adultes.

Avec le Baromètre santé de l'INPES, l'enquête EVS est la seule en France à poser la question de l'usage des drogues illicites à toutes les générations d'adultes entre 18 et 64 ans. Cette enquête est représentative de l'ensemble de la population âgée de 18 à 75 ans. Toutefois les questions sur les drogues illicites n'ont été posées qu'aux individus de moins de 65 ans. Pour respecter ostensiblement la confidentialité des réponses, toutes les questions relatives aux substances psychoactives ont été posées dans l'enquête EVS par questionnaire auto-administré par ordinateur avec écoute au casque (méthode audio-CASI[1]), à l'exception de celles portant sur la consommation de tabac, posées en face à face.

Ce chapitre se concentre sur la population la plus concernée par les usages de drogues illicites, à savoir les jeunes adultes, et permet d'observer notamment les particularités des 18-24 ans et des 25-34 ans au regard des 35-44 ans.

Si l'enquête EVS apporte un nouvel éclairage sur les caractéristiques sociodémographiques liées aux niveaux d'usage des substances psychoactives, elle permet également d'étudier les liens éventuels avec, d'une part, les violences subies au cours d'une période récente (les deux années précédant l'enquête EVS), et d'autre part les principaux événements familiaux survenus pendant l'enfance et l'adolescence. Ces deux types de facteurs seront ensuite isolés après prise en compte des effets de structure, afin de mesurer leurs influences propres respectives sur les usages de drogues.

La consommation de cannabis et de tabac diminue avec l'âge, à l'inverse de l'usage régulier d'alcool

Quel que soit l'âge, les produits licites restent les substances psychoactives les plus consommées. Le tabac est le premier produit psychoactif en termes de diffusion dans la population : d'après l'enquête EVS, 40 % des 18-24 ans en consomment quotidiennement mais cette proportion diminue avec l'âge. À l'inverse, l'usage régulier d'alcool (encadré 2) augmente avec l'âge : 12 % en consomment régulièrement entre 18 et 24 ans, 20 % entre 25 et 34 ans et 22 % entre 35 et

1. CASI = Computer Assisted Self-Interview, par analogie avec les environnements CAPI (Computer Assisted Personal Interview) et CATI (Computer Assisted Telephone Interview), souvent utilisés dans les entretiens en face à face et par téléphone.

44 ans (tableau 1). Le fait d'avoir bu au moins 6 verres en une même occasion dans l'année diminue toutefois à mesure que l'âge augmente. L'usage « problématique » d'alcool au cours de la vie, mesuré par le test DETA, s'avère quant à lui relativement stable selon les classes d'âge.

À l'instar des enquêtes précédentes menées en France (Beck *et al*., 2007), on constate que le cannabis est de loin la drogue illicite la plus expérimentée : un quart des personnes interrogées dans l'enquête EVS ont déjà essayé ce produit. Parmi les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans, la moitié déclare avoir déjà consommé du cannabis, dont un quart dans l'année et près de 10 % régulièrement. Cependant, quelle que soit la fréquence de consommation du cannabis, le niveau d'usage diminue fortement avec l'âge.

L'expérimentation d'autres drogues illicites apparaît beaucoup plus marginale en population générale, dans la mesure où elle ne dépasse jamais 2,5 %. Il convient tout de même de souligner que 6,6 % des 18-24 ans déclarent avoir essayé l'ecstasy au moins une fois, contre seulement 0,8 % des 35-44 ans. La consommation actuelle (au cours de l'année) de ces différents produits, mesurée par le biais d'autres enquêtes telles que le Baromètre santé, apparaît encore plus rare (Beck *et al*., 2007).

Il est à noter toutefois que les enquêtes en population générale rendent difficilement compte des consommations peu fréquentes en France telles que celles du crack, de l'acide gamma hydroxybutyrique (GHB), de la kétamine (un anesthésiant vétérinaire consommé pour ses vertus hallucinogènes) et, dans une moindre mesure, de l'héroïne : les populations marginalisées, qui occupent une place importante parmi les consommateurs de drogues, échappent en effet en partie aux dispositifs classiques d'enquête auprès des ménages.

Tableau 1

Usages de produits psychoactifs selon l'âge en 2005

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	Significativité	18-64 ans
Effectifs (enquête en face à face)	n=866	n=1680	n=2076		n=8350
Consommation quotidienne de tabac (%)	40,0	36,3	33,1	*	29,7
Effectifs (questionnaire auto-administré)	n=859	n=1646	n=2022		n=8111
Usage régulier d'alcool (%)	12,0	19,6	21,8	***	22,4
Binge drinking au cours de l'année (%)	28,2	26,9	19,2	***	20,5
DETA positif au cours de la vie (%)	12,3	14,1	11,8	*ns*	14,4
Cannabis expérimenté au cours de la vie (%)	50,5	42,6	23,4	***	25,4
Cannabis consommé dans l'année (%)	25,4	11,7	3,7	***	7,4
Cannabis consommé récemment (%)	20,1	9,2	2,9	***	5,7
Cannabis consommé régulièrement (%)	8,9	4,0	1,3	***	2,5
Expérimentation de... (en %)					
… champignons hallucinogènes	4,9	4,4	1,1	***	2,2
… poppers	1,7	4,3	1,0	***	1,5
… ecstasy	6,6	4,9	0,8	***	2,3
… cocaïne	4,2	5,2	2,3	*	2,5
… amphétamines	2,0	2,5	0,7	*	1,2
… LSD	1,7	3,6	1,0	***	1,6
… héroïne	0,9	2,5	0,7	**	1,0

*, **, *** : Test du Chi2 d'indépendance entre la variable d'usage et les trois premières tranches d'âge, significatif au seuil de 5 %, 1 % et 0,1 %.

Lecture • 50,5 % des jeunes de 18-24 ans ont essayé le cannabis au cours de leur vie contre 23,4% des 35-44 ans.

Champ • Population âgée de 18 à 64 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Encadré 2

Les différents usages de produits psychoactifs

L'enquête EVS s'est intéressée à l'expérimentation des différentes drogues au cours de la vie, ainsi qu'à la consommation « actuelle » (au moment de l'enquête) de cannabis, de tabac et d'alcool (tableau 1).

Alcool et tabac

Les personnes fumant tous les jours sont considérées comme consommant régulièrement du tabac, tandis que pour l'alcool, l'usage régulier correspond à une fréquence d'au moins deux ou trois fois par semaine.

Le *binge drinking*, terme anglo-saxon souvent usité pour qualifier une conduite d'alcoolisation ponctuelle excessive visant l'ivresse, est défini par le fait d'avoir consommé au moins six verres de boissons alcoolisées au cours d'une même occasion (Herring *et al.*, 2008).

Le niveau d'usage problématique d'alcool au sein de la population peut être déterminé grâce à des outils standardisés de repérage en population générale, adaptés au contexte de l'enquête déclarative. Il repose sur des outils utilisés comme aide au diagnostic lors des entretiens cliniques. L'un d'entre eux, le test DETA (Diminuer, entourage, trop, alcool) sert à évaluer le risque de dépendance vis-à-vis de l'alcool. Composé de quatre questions simples, il est l'un des instruments qui ont été mobilisés dans l'enquête EVS pour évaluer la consommation d'alcool des personnes interrogées : à partir de deux réponses positives à ce test, la probabilité d'une consommation excessive d'alcool, voire d'une alcoolo-dépendance, est considérée comme très élevée (Mayfield *et al.*, 1974 ; Rueff, 1989).

Cannabis

En ce qui concerne les pratiques de consommation de cannabis, trois formes sont distinguées :
- l'usage actuel (au moins une fois au cours des 12 derniers mois) ;
- l'usage récent (au moins une fois au cours des 30 derniers jours) ;
- l'usage régulier (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours), pour reprendre la terminologie mise en place par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) depuis la fin des années 1990 et qui s'appuie sur les travaux menés alors à l'échelle européenne (Bless *et al.*, 1999). Ce sont les plus jeunes qui se révèlent particulièrement concernés par l'usage régulier de cannabis.

Il convient par ailleurs de signaler que pour des raisons techniques de filtrage des réponses lors du questionnaire, l'expérimentation du poppers se trouve mécaniquement sous-évaluée : en effet, en plus d'être un produit qui n'est pas toujours considéré comme une drogue par le grand public, il n'était pas cité explicitement parmi les réponses possibles à l'enquêté comme c'était le cas pour la cocaïne, l'ecstasy, les amphétamines ou l'héroïne (voir l'article p. 261).

L'usage de substances psychoactives est un comportement majoritairement masculin

Dans l'enquête EVS, les écarts entre jeunes hommes et jeunes femmes sont particulièrement importants pour la consommation régulière d'alcool, de cannabis et l'expérimentation d'autres drogues illicites, mais plus faibles en ce qui concerne l'usage quotidien de tabac et l'expérimentation de cannabis (tableau 2). Ces résultats rejoignent ceux mis en évidence pour l'ensemble de la population adulte résidant en France (Beck *et al.*, 2008), mais aussi dans la plupart des études de genre menées dans les pays anglo-saxons (Powis et *al.*, 1996 ; Bloomfield *et al.*, 2005).

En outre, concernant le cannabis, les écarts entre hommes et femmes se creusent s'agissant de la fréquence de consommation, les usages les plus intensifs étant plus marqués pour les hommes. Ce résultat est aussi fréquemment observé chez les adolescents, en France (Beck *et al.*, 2007 ; Legleye *et al.*, 2009) comme à l'étranger (Hibell *et al.*, 2009). Les travaux internationaux récents mettent toutefois en évidence un rapprochement des comportements entre hommes et femmes à tous les âges (Degenhardt *et al.*, 2008).

Si l'on considère l'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis, la cocaïne est le produit pour lequel on observe le moins de différences entre hommes et femmes, tandis que le plus fort écart concerne les amphétamines. Soulignons que, dans les générations plus anciennes, ces produits étaient assez volontiers utilisés par certaines femmes comme coupe-faim à des fins amaigrissantes (Beck, 2006). Cette pratique, davantage associée aux comportements féminins à l'adolescence (Fallu *et al.*, 2008), s'est probablement raréfiée progressivement à la suite de l'inscription de ces produits dans la liste des stupéfiants en 1971.

Tableau 2

Usages de produits psychoactifs selon le sexe en 2005 chez les 18-34 ans

	Hommes	Femmes	Ensemble	Ratio hommes / femmes	Significativité
Effectifs (enquête en face à face)	n=1095	n=1451	n=2546		
Consommation quotidienne de tabac (%)	42,0	33,5	37,7	1,3	**
Effectifs (questionnaire auto-administré)	n=1075	n=1430	n=2505		
Usage régulier d'alcool (%)	25,7	7,8	16,7	3,3	***
Binge drinking au cours de l'année (%)	42,5	12,5	27,4	3,4	***
DETA positif au cours de la vie (%)	19,7	7,2	13,4	2,7	***
Cannabis expérimenté au cours de la vie (%)	54,8	36,3	45,6	1,5	***
Cannabis consommé dans l'année (%)	23,5	10,2	16,9	2,3	***
Cannabis consommé récemment (%)	19,2	7,4	13,4	2,6	***
Cannabis consommé régulièrement (%)	9,2	2,4	5,9	3,8	***
Expérimentation de... (en %)					
… champignons hallucinogènes	6,8	2,3	4,6	3,0	***
… poppers	4,9	1,7	3,3	2,9	**
… ecstasy	8,2	2,9	5,6	2,8	***
… cocaïne	6,6	2,9	4,8	2,3	***
… amphétamines	3,8	0,8	2,3	4,8	***
… LSD	4,6	1,1	2,9	4,2	**
… héroïne	3,0	0,8	1,9	3,8	*

*, **, *** : Test du Chi2 significatif au seuil 5 %, 1 % et 0,1 %.

Lecture • 42,0 % des hommes de 18-34 ans déclarent un usage quotidien de tabac.

Champ • Population âgée de 18 à 34 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

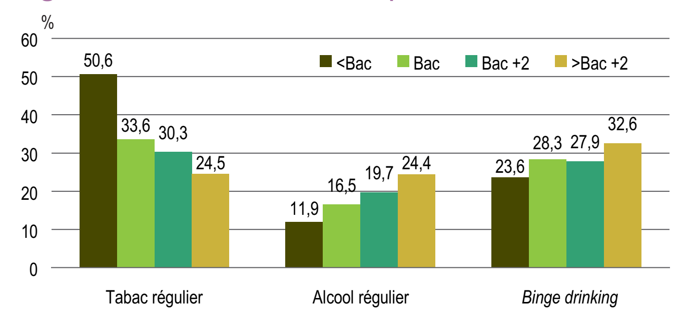
Le tabagisme et les usages de drogues illicites sont associés à des situations de précarité

Parmi les jeunes âgés de 18 à 34 ans, le niveau de diplôme s'avère très peu discriminant sur la consommation de drogues illicites, contrairement au tabagisme et à l'alcoolisation : la consommation quotidienne de tabac concerne la moitié des jeunes n'ayant pas le baccalauréat et cette proportion décroît avec le niveau de diplôme (graphique 1) ; en revanche, l'usage régulier d'alcool et le *binge drinking* sont plus fréquents à mesure que le niveau de diplôme augmente, même si l'écart n'est pas significatif pour le *binge drinking*.

L'usage régulier d'alcool et, dans une moindre mesure, le *binge drinking*, sont plus fréquents parmi les actifs exerçant un emploi que parmi les étudiants, les chômeurs et les inactifs (tableau 3). Pour l'expérimentation de cannabis, le statut vis-à-vis de l'emploi ne semble jouer aucun rôle mais la consommation de cannabis (actuelle et récente) apparaît plus fréquente parmi les étudiants. Pour tous les autres usages (usage quotidien de tabac, usage régulier de cannabis ou expérimentation d'autres drogues illicites), les personnes au chômage enregistrent des prévalences plus élevées. En particulier, la prévalence tabagique est la plus faible

GRAPHIQUE 1

Usage de tabac et d'alcool selon le diplôme chez les 18-34 ans



Lecture • 50,6 % des personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au bac sont des fumeurs quotidiens.

Champ • Population âgée de 18 à 34 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

TABLEAU 3

Consommation de produits psychoactifs selon les violences subies au cours des deux dernières années parmi les 18-34 ans (en %)

	Effectifs 18-34 ans : 2 546	Expérimentation de drogues illicites							Cannabis				Tabac	Alcool	
		Cocaïne	Amphétamine	Ecstasy	Champignons	Poppers	Héroïne	LSD	Expérimentation	Usage actuel	Usage récent	Usage régulier	Tabac régulier	Alcool régulier	*Binge drinking*
Niveau de diplôme															
<Bac	937	4,8	1,8	5,9	4,1	3,0	3,1	3,6	45,1	17,8	**15,7**	7,3	**50,6**	**11,9**	23,6
Bac	680	3,8	1,5	6,3	5,3	2,6	1,1	2,1	45,8	17,1	**13,4**	4,8	**33,6**	**16,5**	28,3
Bac +2	356	5,2	4,1	4,9	4,9	4,0	1,4	3,2	42,4	12,0	**7,2**	4,3	**30,3**	**19,7**	27,9
>Bac +2	561	6,0	3,2	4,6	4,4	4,4	1,0	2,3	49,1	19,6	**14,5**	6,1	**24,5**	**24,4**	32,6
Situation professionnelle															
Travail	1 584	**4,3**	**1,9**	**4,7**	**3,7**	3,2	**1,8**	**2,5**	45,6	**14,1**	**10,2**	**3,7**	**37,8**	**19,1**	**29,0**
Chômage	323	**10,8**	**6,2**	**15,8**	**11,0**	5,8	**4,8**	**8,7**	45,0	**23,5**	**21,4**	**13,6**	**46,7**	**14,8**	**25,7**
Etudiant	407	**2,8**	**1,2**	**2,5**	**4,5**	1,6	**0,0**	**0,4**	47,7	**28,2**	**22,9**	**9,3**	**26,5**	**10,3**	**27,4**
Autres situations	232	**2,5**	**1,2**	**1,5**	**1,8**	2,7	**0,5**	**0,8**	43,5	**11,6**	**11,2**	**5,6**	**43,5**	**9,3**	**15,3**
Situation financière															
Vous êtes à l'aise, ca va	1 228	**3,7**	**1,2**	**3,7**	**3,4**	**2,2**	1,1	**1,8**	45,6	15,4	11,0	**4,1**	**32,8**	18,5	28,6
C'est juste, il faut faire attention	922	**4,8**	**3,0**	**6,6**	**4,9**	**3,5**	2,3	**3,2**	43,8	17,0	15,1	**5,8**	**39,7**	14,1	26,0
Vous y arrivez difficilement, c'est dur sans faire de dette	382	**9,9**	**5,3**	**11,3**	**9,0**	**7,6**	4,1	**6,9**	50,3	21,8	16,6	**13,2**	**55,7**	17,1	25,3

Note • Les chiffres en gras sont, suivant le test du Chi2, significatifs à 5%.

Lecture • 4,8 % des personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au bac ont déjà pris de la cocaïne au cours de leur vie.

Champ • Population âgée de 18 à 34 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

parmi les étudiants (27 %) et la plus élevée parmi les chômeurs (47 %). Ces tendances semblent tout à fait similaires à celles observées dans le Baromètre santé 2005 (Legleye *et al.*, 2008).

Concernant la situation financière, l'expérimentation de drogues illicites (en dehors du cannabis), l'usage régulier de cannabis et le tabagisme quotidien apparaissent plus fréquents parmi les personnes en situation de précarité. En revanche, l'expérimentation et les usages de cannabis (récents ou actuels), tout comme l'usage régulier d'alcool et le *binge drinking* ne s'avèrent pas liés à leur situation financière.

Ces résultats rejoignent ceux d'études qui montrent que les populations les plus défavorisées socialement, et notamment les personnes en situation de chômage, paraissent moins réceptives aux alertes informant de la nocivité du tabac (Peretti-Watel *et al.*, 2009a). Les préoccupations concernant la santé et les risques attachés à certains comportements semblent en effet tenir une place secondaire au regard des difficultés auxquelles ces personnes se trouvent confrontées au quotidien. Par ailleurs, la précarité professionnelle semble amoindrir leur capacité de projection dans l'avenir et donc la prise de conscience des conséquences futures de leurs conduites présentes. En outre, elles invoquent souvent le tabagisme comme une ressource pour faire face aux difficultés, voire comme le dernier plaisir qu'elles puissent s'autoriser (Peretti-Watel *et al.*, 2009b).

Le fait que la consommation régulière d'alcool soit plus fréquente parmi les personnes qui exercent un emploi peut au moins en partie s'expliquer par des sollicitations et des rituels de convivialité liés à l'univers professionnel (casse-croûte, pause bière, repas d'affaires, afterwork, etc.), comme cela a été montré dans certains secteurs (Maranda, 1991). Les situations d'alcoolisation ponctuelle importante se trouvent quant à elles assez équitablement réparties entre les personnes qui occupent un emploi, qui font des études ou celles qui sont au chômage. Ces résultats nuancent ainsi ceux de nombreux travaux pointant des situations d'ivresse plus fréquentes parmi les étudiants (Gill, 2002 ; Beck *et al.*, 2005), l'alcool permettant alors de faciliter les relations sociales et de créer une atmosphère de convivialité (Emery *et al.*, 1993 ; Leclef et Philippot, 1999).

L'usage régulier de cannabis apparaît plus fréquent chez les personnes en recherche d'emploi ou se déclarant dans une situation financière difficile. Une situation sociale favorable aide probablement à adopter un comportement « raisonnable », même si elle n'écarte pas de la tentation de l'expérience. D'importants efforts ont été déployés ces dernières années pour prévenir l'usage de drogues illicites à l'adolescence, comme en témoignent les campagnes d'information et de prévention menées à destination du grand public ou la mise en place des « consultations jeunes consommateurs » en 2004 sur l'ensemble du territoire français. Il semblerait qu'une situation sociale défavorable favorise le glissement vers un usage régulier de cannabis. Des résultats assez similaires ont été observés chez les adolescents français (Legleye *et al.*, 2007 ; Beck *et al.*, 2010), ainsi que dans plusieurs études anglo-saxonnes (Gfroerer *et al.*, 1997 ; ter Bogt *et al.* 2006 ; Plant *et al.*, 2005).

Les personnes qui ont subi des violences récemment consomment davantage de substances psychoactives

Globalement, les jeunes adultes interrogés dans l'enquête EVS qui déclarent avoir subi des violences au cours des deux dernières années[3] ont des prévalences plus élevées d'usage de substances illicites et d'usage quotidien de tabac, quel que soit le type de violence en jeu (violences verbales, physiques, sexuelles[4] ou psychologiques) [tableau 4 et encadré 3 pour les questions

3. Voir encadré méthodologique pour la définition des violences subies et le libellé des questions dans l'enquête EVS.

4. Pour les violences sexuelles, il s'agit la plupart du temps de cas d'exhibitionnisme ou de contacts physiques contraints.

relatives aux violences]. En revanche, les atteintes aux biens ne sont pas associées à des consommations de drogues plus fréquentes. L'usage régulier d'alcool est quant à lui plus fréquent parmi les personnes ayant subi des violences sexuelles, alors que le *binge drinking* est lié au fait d'avoir été victime de violences physiques ou d'atteinte(s) aux biens.

Tableau 4

Consommation de drogues, tabac et alcool selon les violences subies au cours des deux dernières années parmi les 18-34 ans (en %)

Violences subies au cours des deux années précédant l'enquête	Effectifs (n=2546)	Expérimentation de drogues illicites							Cannabis				Tabac	Alcool	
		Cocaïne	Amphétamine	Ecstasy	Champignons	Poppers	Héroïne	LSD	Expérimentation	Usage actuel	Usage récent	Usage régulier	Tabac régulier	Alcool régulier	*Binge drinking*
Violences verbales															
Oui	708	**7,5**	**5,6**	**9,4**	**7,9**	**5,7**	2,5	4,0	**55,2**	**25,3**	**20,9**	**11,4**	**43,7**	17,1	30,8
Non	1 838	**3,8**	**1,1**	**4,2**	**3,3**	**2,4**	1,6	2,4	**42,0**	**13,8**	**10,5**	**3,8**	**35,5**	16,5	26,1
Violences physiques															
Oui	175	**11,8**	**8,1**	**19,8**	**15,4**	**9,4**	3,7	**7,9**	**69,7**	**32,7**	**30,0**	**16,1**	**55,0**	23,1	**36,4**
Non	2 371	**4,3**	**1,9**	**4,5**	**3,8**	**2,8**	1,7	**2,5**	**43,8**	**15,8**	**12,1**	**5,1**	**36,5**	16,2	**26,7**
Violences sexuelles															
Oui	142	7,9	5,1	**11,9**	8,4	**8,6**	1,8	4,4	**59,2**	**27,7**	**24,1**	**12,3**	**53,1**	**26,1**	33,3
Non	2 403	4,6	2,2	**5,2**	4,4	**3,0**	1,9	2,8	**44,8**	**16,3**	**12,8**	**5,5**	**36,9**	**16,1**	27,1
Violences psychologiques															
Oui	952	**7,1**	2,9	**7,6**	**6,5**	**4,9**	**3,3**	**4,2**	**53,5**	**23,3**	**17,3**	**8,3**	**42,5**	16,6	28,5
Non	1 592	**3,4**	0,0	**4,4**	**3,5**	**2,4**	**0,0**	**2,1**	**40,9**	**13,2**	**11,1**	**4,4**	**35,0**	16,7	26,7
Atteintes aux biens															
Oui	811	5,5	**3,8**	6,3	4,9	3,3	2,0	3,0	48,1	18,3	14,5	6,5	38,8	17,9	**32,3**
Non	1 734	4,5	**1,6**	5,3	4,5	3,3	1,8	2,8	44,4	16,3	12,9	5,6	37,3	16,0	**25,0**

Note • Les chiffres en gras sont, suivant le test du Chi2, significatifs à 5%.

Lecture • 7,5 % des personnes ayant subi des violences verbales déclarent avoir déjà pris de la cocaïne au cours de leur vie.

Champ • Population âgée de 18 à 34 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Avoir connu des problèmes d'alcoolisme dans sa famille pendant l'enfance est associé à un usage plus fréquent de tabac et de cannabis

Un certain nombre d'événements vécus pendant l'enfance et l'adolescence étaient étudiés dans l'enquête EVS. Parmi ces événements, un conflit très grave avec les parents ainsi que le divorce ou la séparation de ceux-ci se révèlent fortement associés à l'expérimentation de substances illicites, à l'usage de cannabis, quelle que soit sa fréquence, ainsi qu'au tabagisme régulier (tableau 5).

Par ailleurs, les personnes déclarant avoir été confrontées à des difficultés ou à des privations matérielles importantes dans leur jeunesse déclarent plus fréquemment avoir expérimenté des substances illicites, consommé du cannabis (ponctuellement ou régulièrement) et du tabac quotidiennement, même si les écarts ne sont significatifs que pour la cocaïne, le poppers et le LSD.

Les personnes qui rapportent des problèmes d'alcoolisme ou de drogues illicites au sein de leur famille proche sont deux fois plus nombreuses à consommer du cannabis, que ce soit occasionnellement ou régulièrement, alors que leur niveau de consommation régulière d'alcool est

ENCADRÉ 3
Définition des violences subies

Les victimes de violences verbales sont celles qui ont répondu positivement à la question :
• avez-vous été insulté(e), a-t-on proféré à votre encontre des cris, des menaces verbales, des injures… ?

Les victimes de violences physiques sont celles qui ont répondu positivement à la question :
• vous a-t-on giflé(e), frappé(e), a-t-on exercé d'autres brutalités physiques contre vous, ou a-t-on tenté de le faire ?

Les victimes de violences sexuelles sont celles qui ont répondu positivement à l'une des questions suivantes :
• est-il arrivé que quelqu'un exhibe devant vous ses organes sexuels ou se déshabille devant vous contre votre volonté ?
• quelqu'un a-t-il cherché à vous embrasser contre votre gré ou à vous imposer un contact physique ?
• est-ce que quelqu'un vous a forcé(e) à subir ou à faire des attouchements sexuels, a essayé ou est parvenu à avoir avec vous un rapport sexuel contre votre gré ?

Les victimes de violences psychologiques sont celles qui ont répondu positivement à l'une des questions suivantes :
• est-il arrivé que quelqu'un émette à votre propos des critiques injustes, répétées, c'est-à-dire dénigre ou dévalorise votre apparence physique, votre tenue vestimentaire, vos idées, ce que vous aviez fait… ?
• est-il arrivé que quelqu'un vous empêche de parler avec des amis, des connaissances ou des membres de votre famille ou vous empêche de les rencontrer ?
• est-il arrivé que quelqu'un vous impose des façons de vous habiller, de vous coiffer ou de vous comporter ?
• est-il arrivé que quelqu'un exige de savoir où et avec qui vous étiez à un autre moment ou cherche à contrôler vos fréquentations ou vos déplacements ?
• est-il arrivé que quelqu'un refuse totalement de discuter avec vous ?
• vous est-il arrivé de recevoir des appels téléphoniques malveillants, y compris si personne ne parlait, ou des lettres malveillantes ?
• est-il arrivé que quelqu'un menace de s'en prendre à une (ou des) personne(s) qui vous est (sont) proche(s) ou menace de vous séparer d'elle(s) ?

Les victimes d'atteintes aux biens sont celles qui ont répondu positivement à l'une des questions suivantes :
• a-t-on volé ou tenté de voler un bien vous appartenant ? Il peut s'agir de vol ou tentative de vol, avec ou sans menace, et en dehors des cambriolages.
• avez-vous subi un cambriolage ? (Il y a cambriolage dans tous les cas où des personnes se sont introduites chez vous, dans votre logement ou votre jardin, même sans rien voler.)
• a-t-on dégradé ou détruit un bien appartenant à votre ménage (en dehors des cas de cambriolages avec dégradations ou de vols avec dégradations) ?

légèrement inférieur à celui des autres personnes. Ceci pourrait attester d'un certain rejet de l'alcool et d'un report vers le cannabis parmi les jeunes ayant appréhendé l'alcoolisme dans leur cercle familial.

Enfin, un décès dans la famille proche pendant l'enfance ou l'adolescence s'avère associé à une prévalence plus élevée d'usage quotidien de tabac mais à un moindre niveau d'expérimentation de cannabis. Ces corrélations doivent évidemment être mises en relation avec les différences de milieu social comme avec d'autres événements du développement psychosocial à l'adolescence et au début de l'âge adulte qui déterminent, en lien avec les événements de vie rapportés ici, les cycles et les processus d'ajustement aux transitions scolaires et professionnelles (Dubar, 2001 ; Larose et Bernier, 2001).

TABLEAU 5

Consommation de produits psychoactifs selon les événements difficiles vécus avant l'âge de 20 ans parmi les 18-34 ans (en %)

Evénements difficiles vécus pendant l'enfance	Effectifs	Expérimentation de drogues illicites							Cannabis				Tabac	Alcool	
		Cocaïne	Amphétamine	Ecstasy	Champignons	Poppers	Héroïne	LSD	Expérimentation	Usage actuel	Usage récent	Usage régulier	Tabac régulier	Alcool régulier	*Binge drinking*
Privations matérielles importantes															
Oui	198	**9,8**	4,8	8,1	8,8	**7,4**	3,9	**8,0**	51,6	23,3	18,9	9,7	45,6	14,7	23,8
Non	2 348	**4,4**	2,2	5,4	4,3	**3,0**	1,7	**2,5**	45,2	16,5	13,0	5,6	37,2	16,8	27,6
Problème d'alcool ou de drogue dans la famille proche															
Oui	297	6,2	1,2	**9,9**	**8,5**	3,2	4,1	4,7	52,5	**27,5**	**22,9**	**10,3**	**49,3**	**11,5**	24,8
Non	2 249	4,6	2,4	**5,1**	**4,2**	3,3	1,6	2,7	44,9	**15,8**	**12,3**	**5,4**	**36,4**	**17,2**	27,7
Conflit très grave avec ses parents															
Oui	287	**10,3**	3,3	**14,7**	**11,1**	**6,4**	1,9	3,4	**66,8**	**31,8**	**25,5**	**14,6**	**57,1**	20,5	34,5
Non	2 259	**4,2**	2,2	**4,6**	**3,9**	**3,0**	1,9	2,8	**43,4**	**15,4**	**12,1**	**4,9**	**35,7**	16,3	26,6
Divorce ou séparation des parents															
Oui	418	**8,0**	3,0	**10,3**	**9,5**	4,3	3,5	**5,5**	**61,3**	**28,2**	**20,9**	**10,1**	**49,7**	17,8	**33,5**
Non	2 128	**4,2**	2,2	**4,7**	**3,7**	3,1	1,5	**2,4**	**42,6**	**14,8**	**11,9**	**5,1**	**35,4**	16,5	**26,2**
Décès dans la famille proche															
Oui	227	7,9	**5,4**	6,5	5,4	5,1	**5,7**	5,4	**36,0**	17,5	13,1	9,8	**48,5**	17,2	22,9
Non	2 319	4,5	**2,1**	5,5	4,5	3,2	**1,6**	2,7	**46,4**	16,9	13,4	5,5	**36,8**	16,6	27,7

Note • Les chiffres en gras sont, suivant le test du Chi2, significatifs à 5%.

Lecture • 9,8 % des personnes ayant subi des privations matérielles importantes avant l'âge de 20 ans déclarent avoir déjà pris de la cocaïne au cours de leur vie.

Champ • Population âgée de 18 à 34 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Les liens entre événements familiaux survenus pendant l'enfance, violences subies récemment et usage de substances psychoactives

Afin de contrôler les effets de structure et d'isoler l'impact propre sur les usages de drogues des violences subies au cours des deux dernières années et des événements familiaux pendant l'enfance ou l'adolescence, plusieurs modélisations logistiques ont été effectuées sur les pratiques jugées les plus nuisibles à la santé, à savoir le tabagisme quotidien, l'usage régulier d'alcool, l'usage régulier de cannabis et l'expérimentation d'autres drogues (hors poppers). Les violences subies au cours des deux dernières années ont été regroupées en une seule variable, en excluant les atteintes aux biens, dont les liens avec les usages de substances psychoactives relèvent probablement de situations singulières. De plus, les événements familiaux ont été restreints aux variables qui se sont avérées les plus significatives à l'issue des analyses bivariées : un problème d'alcoolisme ou d'usage de drogues dans la famille, un conflit très grave avec les parents et le divorce ou la séparation des parents.

Après ajustement sur le sexe et l'âge (pour s'affranchir de différences de structure par sexe et âge des populations selon leur situation financière ou d'emploi), les tendances repérées précédemment à l'aide des analyses bivariées concernant la situation professionnelle et la situation financière se confirment : par rapport aux actifs, les personnes au chômage consomment plus souvent du cannabis régulièrement et elles ont plus souvent expérimenté d'autres

drogues illicites ; en outre, le fait de connaître des difficultés financières est corrélé à des parcours de vie où l'expérimentation de drogues illicites, le tabagisme quotidien et l'usage régulier de cannabis sont plus répandus (tableau 6).

TABLEAU 6

Usages réguliers de cannabis, de tabac et d'alcool, expérimentation d'autres drogues illicites, selon des événements familiaux vécus avant 20 ans et les violences subies au cours des deux dernières années, parmi les 18-34 ans (odds ratios)

	Tabac régulier		Alcool régulier		Cannabis régulier		Autres drogues (hors poppers)	
	OR	IC à 95%	OR	IC à 95%	OR	IC à 95%	OR	IC à 95%
Caractéristiques sociodémographiques								
Sexe								
Homme (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Femme	0,7**	[0,6-0,9]	0,2***	[0,1-0,3]	0,2***	[0,1-0,3]	0,3***	[0,2-0,5]
Âge								
18-24 ans (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
25-34 ans	0,7*	[0,6-1,0]	1,4	[1,0-2,0]	0,5**	[0,3-0,8]	0,8	[0,5-1,3]
Diplôme								
< Bac (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Bac	0,6***	[0,4-0,8]	1,7*	[1,1-2,6]	0,8	[0,4-1,5]	1,5	[0,8-2,6]
Bac+2	0,5***	[0,3-0,7]	2,0**	[1,2-3,2]	1,2	[0,5-2,7]	1,6	[0,8-3,2]
>Bac+2	0,4***	[0,3-0,6]	3,0***	[1,9-4,7]	2,2*	[1,0-4,5]	2,5**	[1,3-4,9]
Situation professionnelle								
Travail (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Chômage	1,0	[0,7-1,4]	0,8	[0,5-1,3]	2,8**	[1,5-5,5]	2,1*	[1,2-3,7]
Étudiant	0,5**	[0,3-0,8]	0,6	[0,3-1,1]	2,0	[0,9-4,4]	0,6	[0,3-1,5]
Autres situations	0,8	[0,5-1,3]	0,8	[0,4-1,7]	1,2	[0,3-4,7]	0,4	[0,1-1,1]
Situation financière								
Vous êtes à l'aise, ça va (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
C'est juste, il faut faire attention	1,1	[0,9-1,5]	0,8	[0,6-1,2]	1,4	[0,8-2,6]	1,3	[0,8-2,2]
Vous y arrivez difficilement ou c'est dur sans faire de dettes	1,8**	[1,2-2,7]	1,2	[0,8-2,0]	2,8**	[1,4-5,7]	2,1*	[1,1-3,9]
Violences subies au cours des deux dernières années								
Oui	1,2	[1,0-1,5]	1,2	[0,9-1,6]	2,0*	[1,2-3,3]	1,9**	[1,2-3,2]
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Evénements difficiles vécus avant 20 ans								
Problème d'alcool ou de drogue dans la famille avant 20 ans								
Oui	1,2	[0,9-1,8]	0,7	[0,4-1,2]	2,1*	[1,0-4,3]	1,5	[0,8-3,1]
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Graves tensions avec ses parents avant 20 ans								
Oui	2,0***	[1,4-2,9]	1,7*	[1,0-2,8]	3,0**	[1,4-6,6]	2,7**	[1,4-5,2]
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	
Divorce ou séparation de ses parents avant 20 ans								
Oui	1,4	[1,0-1,8]	1,1	[0,7-1,7]	1,5	[0,8-2,8]	1,9*	[1,1-3,3]
Non (réf.)	- 1 -		- 1 -		- 1 -		- 1 -	

*** Significatif au seuil de 0,1 % ; ** Significatif au seuil de 1 % ; * Significatif au seuil de 5 %

Lecture • Les personnes étant dans une situation financière difficile ont 1,8 fois plus de risque de consommer régulièrement du tabac que celles qui se déclarent à l'aise financièrement, une fois contrôlées les autres caractéristiques présentes dans le tableau.

Champ • Population âgée de 18 à 34 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Cependant, plusieurs observations nouvelles se dégagent de la modélisation des facteurs influençant les comportements d'usage. Tout d'abord, les personnes ayant un niveau de diplôme élevé présentent « toutes choses égales par ailleurs » de plus fortes prévalences d'usage régulier de cannabis ou d'expérimentation d'autres drogues illicites mais consomment moins souvent du tabac au quotidien.

Le fait d'avoir été victime de violences dans les deux dernières années apparaît associé à des risques plus élevés de consommer régulièrement du cannabis et d'avoir expérimenté d'autres drogues illicites, mais l'association avec la consommation quotidienne de tabac cesse d'être significative. Parmi les événements familiaux vécus avant 20 ans, le fait d'avoir été confronté à un conflit très grave avec ses parents influence le fait de consommer des substances psychoactives. Le fait d'avoir connu des problèmes d'alcool ou de drogues dans le cercle familial s'avère être en lien uniquement avec une plus grande fréquence d'usage régulier de cannabis. Enfin, l'expérimentation d'autres drogues illicites semble bien, comme le montrent les analyses précédentes, être associée au divorce ou à la séparation des parents.

Conclusion

L'enquête EVS permet ainsi de cerner les caractéristiques sociodémographiques des jeunes consommateurs, mais surtout d'étudier les liens éventuels avec des violences subies au cours d'une période récente ou plus ancienne. Elle met en évidence que, globalement, l'usage de drogues illicites apparaît fortement lié aux violences subies au cours des deux dernières années et aux événements familiaux vécus avant l'âge adulte, tandis que la consommation régulière de tabac et d'alcool s'avère plus nettement associée aux contextes sociaux. Elle apporte ainsi un éclairage nouveau sur les usages de drogues des jeunes adultes en France.

L'épidémiologie des usages de drogues des jeunes adultes repose sur les données issues des enquêtes déclaratives en population générale, mais aussi sur des statistiques institutionnelles et des études ethnographiques. Dans le domaine des consommations de produits psychoactifs, différentes catégories de comportements peuvent être distinguées, de l'usage ponctuel à la dépendance. Contrairement à l'approche ethnographique, les données épidémiologiques ne permettent pas de distinguer clairement l'environnement et les conditions dans lesquelles se produit l'usage : elles ne considèrent que très sommairement la quantité consommée ou la qualité des produits pour faire état des types d'usage rencontrés. Depuis le début des années 2000, des outils de repérage des usages problématiques du cannabis se sont développés en France (Beck et Legleye, 2005) avant d'être validés (Legleye *et al.*, 2007b) et généralisés en Europe (Kraus et Piontek, 2009). Ils devraient, à terme, permettre de progresser dans l'approche quantitative de ces questions, en termes de description plus complètes des phénomènes sociaux en jeu comme dans l'évaluation du coût sanitaire et social.

Les motivations incitant à faire usage de substances psychoactives apparaissent fort nombreuses, comme cela a pu être montré par l'étude des motifs d'expérimentation ou d'abandon de cannabis (Beck *et al.*, 2007). Les significations que les jeunes adultes donnent à leurs conduites addictives, ainsi que les modes de socialisation et d'apprentissage liés à leur milieu de vie, et notamment les stratégies de contrôle qu'ils mettent en œuvre à l'égard de leurs proches, restent toutefois difficiles à appréhender dans le cadre des enquêtes quantitatives, ce qui invite à une confrontation interdisciplinaire des données issues à la fois des sciences sociales et de l'épidémiologie.

BIBLIOGRAPHIE

Beck F., 2006, *Entre représentativité des échantillons et représentation des usages : l'apport des enquêtes en population générale à la compréhension des usages de drogues*, [Thèse de sociologie], Université René Descartes Paris V, 477 p.

Beck F., Legleye S., 2005, « Le repérage précoce des usages problématiques de drogues », *in* Angel P., Richard D., Valleur M., Chagnard E. (Eds), *Toxicomanies*, Abrégés Masson, 2e édition, pp 78-85.

Beck F., Legleye S., Guignard R., 2010, « Les usages des enfants et adolescents : état des lieux épidémiologique », *in* Krebs M.-O. (sous la dir. de), *Comportements addictifs de l'enfant et de l'adolescent*, Solal, Coll. « Neuropsychologie », à paraître.

Beck F., Legleye S., Guilbert P., Peretti-Watel P., 2005, « Les usages de produits psychoactifs des étudiants ». *Psychotropes*, *Revue internationale des toxicomanies*, vol. 11, n° 3-4, pp. 31-52.

Beck F., Legleye S., Maillochon F., de Peretti G., 2008, « Le rôle du milieu social dans les usages de substances psychoactives des hommes et des femmes », *Regards sur la Parité*, INSEE, pp. 65-82.

Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., 2000, « Regards sur la fin de l'adolescence : Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000 », *OFDT*, 226 p.

Beck F., Legleye S., Spilka S., 2007a, « Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier », *in* Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES, pp. 168-221.

Beck F., Legleye S., Spilka S., 2007b, « L'usage de cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes : comparaison des consommations européennes », *Santé publique*, vol. 13, n° 6, pp. 481-488.

Bless R. Korf D., Riper H., Diemel S., Beck F. *et al.*, 1999, *Improving the comparability of general population surveys on drug use in the European Union*, The Amsterdam Bureau of Social Research and Statistics, European Expert Group on Drug Use Surveys, Final report, commissioned by EMCDDA, 108 p.

Bloomfield K., Allamani A., Beck F., Helmersson-Bergmark K., Csemy L., Eisenbach-Stangl I., Elekes Z., Gmel G., Kerr-Corrêa F., Knibbe R., Mäkelä P., Monteiro M., Medina Mora M. E., Nordlund S., Obot I., Plant M., Rahav G., Romero Mendoza M., 2005, *Gender, culture and alcohol problems. A multi-national study,* Berlin : Charité Universitätsmedizin, Institute for Medical Informatics, Biometrics & Epidemiology, 341 p.

Chomynova P., Miller P., Beck F., 2009, « Perceived Risks of Alcohol and Illicit Drugs : Relation to Prevalence of Use on Individual and Country Level », *The Journal of Substance Use*, vol. 14, Issue 3 & 4, June, p. 250-264.

Choquet M., Beck F., Hassler C., Spilka S., Morin D., Legleye S., 2004 « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans », *Tendances*, n° 35, 6 p.

Degenhardt L., Chiu W.-T., Sampson N., Kessler R.C., Anthony J.C., Angermeyer M., Bruffaerts R., de Girolamo G., Gureje O., Huang Y., Karam A., Kostyuchenko S., Lepine J.-P., Mora M.-E., Neumark Y., Ormel J.-H., Pinto-Meza A., Posada-Villa J., Stein D.-J., Takeshima T., Wells J.-E., 2008, « Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use : Findings from the WHO World Mental Health Surveys », *PLoS Med,* vol. 5, n° 7, p. 141.

Dubar C., 2001, « La construction sociale de l'insertion professionnelle », *Éducation et sociétés*, janvier, n° 7, pp.23-36.

Emery E.-M., Ritter-Randolph P.-G., Strozier A.-L., McDermott R.-J., 1993, « Using focus group interviews to identify salient issues concerning college students' alcohol abuse », *Journal of American College Health*, 41(5), p. 195-198.

Fallu J.-S., Brière F.-N., Descheneaux A., Keeghan V., Maguire J., Chabot A., Gagnon V., 2008, « Usage d'amphétamines chez les adolescents : facteurs associés avec centration sur les différences entre les sexes : état des connaissances et résultats de groupes-sonde » ?, *L'intervenant*, vol. 25, n° 1, octobre, pp. 4-6.

Faugeron C., Kokoreff M., 1999, « Les pratiques sociales des drogues : éléments pour une mise en perspective des recherches en France », *Sociétés contemporaines*, n°36, pp. 5-17.

Gill J.-S., 2002, « Reported levels of alcohol consumption and binge drinking within the UK undergraduate student population over the last 25 years », *Alcohol & Alcoholism*, 37, p. 109-120.

Gfroerer J.-C., Greenblatt J.-C., Wright D.-A., 1997, « Substance use in the US college-age population : differences according to educational status and living arrangement », *American Journal of Public Health*, 87, p. 62-65.

Henrion R. (sous la dir. de), 1995, *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, 156 p.

Herring R., Berridge V., Thom B., 2008, « Binge drinking : an exploration of a confused concept », *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 62, p. 476-479.

Hibell B., Guttormssen U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Kraus L., 2009, « The 2007 ESPAD Report : Substance Use Among Students in 35 European Countries », *Rapport*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, 406 p.

Institut national de veille sanitaire (INVS), 2009, *Données épidémiologiques sur l'infection à VIH/sida*.

Kraus L., Piontek D., 2009, « Problematic cannabis use », *in* **Hibell B., Guttormssen U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Kraus L.**, 2009, « The 2007 ESPAD Report : Substance Use Among Students in 35 European Countries », *Rapport*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN.

Larose S., Bernier A., 2001, « Social support processes : Mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence », *Attachment and Human Development*, n° 3, p. 96-120.

Leclef H., Philippot P., 1999, « La consommation d'alcool en milieu étudiant : une enquête épidémiologique », *Alcoologie*, 21, pp. 421-428.

Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C., 2009, « Les drogues à 17 ans », *Tendances*, n° 66.

Legleye S., Beck F., Le Nezet O., Spilka S., 2007a, *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale*, Escapad, OFDT, 77 p.

Legleye S., Beck F., Peretti-Watel P., Chau N., 2008, « Travail, chômage et études : les usages de drogue des 18-25 ans en 2005 », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 56 (5), pp. 345-355.

Legleye S., Karila L., Beck F., Reynaud M., 2007b, « Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test », *The Journal of Substance Use*, 12 (4), p. 233-242.

Maranda M.-F., 1991, « L'effet du travail sur la consommation d'alcool et de drogue dans une usine de pâtes et papiers », *Recherches sociographiques*, vol. 32, n° 1, 1991, pp. 55-67.

Mayfield D., McLeod G., Hall P., 1974, « The CAGE questionnaire : Validation of a new alcoholism instrument », *American Journal of Psychiatry*, n° 131, p. 1121-1123.

Padieu R., 1994, *L'information statistique sur les drogues et toxicomanies*, La Documentation française, 183 p.

Peretti-Watel P., Constance J., Seror V., Beck F., 2009a, « Cigarettes and social inequalities in France : is tobacco use increasingly concentrated among the Poor ? », *Addiction*, August, n° 4.

Peretti-Watel P., Seror V., Constance J., Beck F., 2009b, « Poverty as a smoking trap », *International Journal of Drug Policy, special issue on risk environments*, n° 20 (3), p. 230-6.

Plant M.A., Miller P., Plant M.L., 2005, « Trends in drinking, smoking, and illicit drug use among 15 and 16 year olds in the United Kingdom, 1995-2003 », *Journal of Substance Use*, n° 10(6), p. 331-339.

Powis B., Griffiths P., Gossop M., Strand J., 1996, « The differences between male and female drug users : community samples of heroin and cocaine users compared », *Substance Use and Misuse,* n° 31 (5), pp. 529-543.

Rueff B.*,* 1989, « Dépistage des malades alcooliques par l'auto-questionnaire Deta », *Presse Médicale*, n° 18 (33), pp. 1654-1656.

ter Bogt T., Schmid H., Nic Gabhainn S. *et al.*, 2006, « Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries », *Addiction*, n° 51, 24 janvier, p. 101-241.

Coût des violences conjugales envers les femmes :

les apports de l'enquête EVS à un chiffrage global pour la France

Marc Nectoux, Claude Mugnier, Sandrine Baffert, Bertrand Thélot, Maïté Albagly

Cet article présente les résultats d'une étude sur l'évaluation des coûts des violences conjugales en France envers les femmes, initiée dans le cadre d'un programme européen de prévention des violences. Les sources disponibles sont diverses, mais elles restent incomplètes et le chiffrage du coût des violences s'avère délicat. Parmi les enquêtes nationales portant sur la violence, l'enquête Événements de vie et santé (EVS) a permis d'évaluer la « surconsommation » des femmes victimes de violences conjugales, notamment quand elles connaissent l'auteur des faits, en matière de recours aux soins (consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste), de consommation de médicaments psychotropes (antidépresseurs ou somnifères) et de qualité de vie. Elle apporte ainsi un éclairage sur le coût sanitaire des violences conjugales.

Le coût global des violences conjugales en France, du point de vue de la collectivité, a été évalué à 2,5 milliards d'euros par an (valeur 2006). Les pertes de production dues aux décès et à l'absentéisme des victimes et aux incarcérations des auteurs de violences constituent le premier poste de dépenses (plus de 40 % du coût global), avec 1,1 milliard d'euros. Les coûts directs médicaux (soins de santé) ont été estimés à 483 millions d'euros, les coûts directs non médicaux (recours aux services de police et à la justice) à 235 millions d'euros, les coûts des conséquences sociales (notamment le recours aux aides sociales) à 120 millions d'euros et les coûts humains des viols et des blessures graves, à 535 millions d'euros.

Les violences conjugales sont des violences perpétrées par un partenaire intime. Elles suivent un processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce, dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime notamment par des agressions physiques, psychiques ou sexuelles (Campbell *et al.*, 1995 ; Kornblit, 1994). Pour les femmes, principalement concernées par les violences au sein du couple, les préjudices de ces violences sont profonds et durables, comme l'a montré l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), première enquête statistique réalisée sur ce thème (Jaspard *et al.*, 2001). Si les violences conjugales ont des effets directs sur la santé physique et psychique des personnes qui en sont victimes, elles ont aussi des conséquences importantes sur l'aptitude au travail des victimes et leur productivité. C'est pourquoi les séquelles à long terme sur les victimes et leurs enfants, ainsi que les décès prématurés, doivent être pris en compte dans la réflexion globale sur ce phénomène.

Ces dernières années, des dispositions juridiques ont été prises en France pour protéger les femmes[1] et de nombreuses études ont été consacrées aux violences conjugales. Elles ont notamment permis de mettre en évidence l'ampleur du silence sur ce phénomène et l'occultation des violences par les femmes qui les subissent. L'ENVEFF a estimé en 2000 que près de 1,6 million de femmes étaient victimes de violences conjugales (Jaspard *et al.*, 2001). D'après la Délégation aux victimes du ministère de l'Intérieur, 166 femmes seraient décédées en 2007 sous les coups de leur partenaire ou ex-partenaire de vie (Délégation aux victimes, 2007). Ce comptage a été établi à partir des informations recueillies auprès des services de police, des unités de gendarmerie et dans la presse nationale et régionale. Pour sa part, l'Observatoire national de la délinquance (OND) recensait en 2006 137 femmes victimes au sein de leur couple d'homicide ou de coups et blessures ayant entrainé leur mort (OND, 2007). La majorité des travaux s'inscrit dans le cadre de problématiques de sensibilisation, de prévention, de formation des professionnels, de réflexion sur les modalités de prise en charge des victimes et d'enquêtes épidémiologiques.

En France, une première évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple a été initiée en 2006 à la demande du Service des droits des femmes et de l'égalité (SDFE). Il s'agissait d'étudier la faisabilité du calcul du coût des violences conjugales. Réalisée par le Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion (CRESGE), cette étude propose une analyse critique des méthodes de chiffrage des coûts, dresse un inventaire des données existantes et des données indisponibles et émet des recommandations (Marissal et Chevalley, 2007). Une première estimation des coûts annuels des violences dans le couple a ainsi été établie à un milliard d'euros au minimum.

Après cette première estimation nationale, le présent travail s'inscrit dans le cadre du programme européen Daphné III 2007-2013, programme de prévention des violences envers les enfants, les adolescents et les femmes de la direction générale Justice, liberté et sécurité de l'Union européenne. Ce programme vise à soutenir le travail des organisations (notamment non gouvernementales) et des autorités publiques qui se consacrent à la protection des

1. En 1992 puis 1994, les violences conjugales ont été retenues comme telles dans le nouveau Code pénal, et définies comme infractions spécifiques avec la qualification de circonstances aggravantes. En 2004, la loi a donné au juge aux affaires familiales la possibilité d'attribuer la jouissance du domicile conjugal au conjoint qui n'est pas l'auteur des violences, lorsque celles-ci le mettent en danger, ainsi que ses enfants. La possibilité d'évincer du domicile le conjoint violent a été introduite en 2005. La loi du 4 avril 2006 a étendu la qualification de circonstances aggravantes lorsque l'auteur est un ancien conjoint, concubin, pacsé ainsi qu'aux infractions constituées de meurtres, de viols ou autres agressions sexuelles. Enfin, la loi a prévu en 2007 une peine minimale en cas de récidive et d'incapacité totale de travail, quelle qu'en soit la durée.

femmes et des enfants, ainsi qu'à la prévention de la violence à leur égard. Quatre équipes pluridisciplinaires mobilisées dans quatre pays différents ont participé à ce projet : Psytel (France), National Institute of Public Health (Danemark), Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres (Espagne) et Women's rights association (Hongrie). L'objectif principal de ce projet est d'évaluer les coûts des violences conjugales du point de vue de la société, pour l'ensemble des 25 États membres en 2006 (année de référence choisie). Ce chapitre présente les résultats de cette évaluation pour la France, en tenant compte de l'apport spécifique de l'enquête Événements de vie et santé (EVS).

Les coûts des violences : un chiffrage délicat

Il semble difficile, étant donné les sources disponibles et faute d'éléments suffisants pour objectiver certaines hypothèses, d'obtenir un chiffrage définitif et précis des violences conjugales. La méthode d'analyse couramment retenue pour étudier le « coût d'une maladie » permet toutefois d'en mesurer les contours. L'analyse économique des coûts des violences consiste en quelque sorte à apporter des éléments de réponse à la question : « Quelles ressources pourraient être épargnées, et donc réaffectées, si l'on réussissait à éradiquer les violences au sein du couple ? ». En d'autres termes, on considère que les ressources « consommées » par les violences conjugales ne sont pas utilisées dans leur meilleur emploi et qu'elles représentent ainsi un « coût d'opportunité ». On cherche alors à évaluer toutes les consommations monétaires induites par les violences, quel que soit le type de ces consommations (recours aux soins, aux services sociaux, services de police et de justice mobilisés, « perte » de journées travaillées quand les violences impliquent des arrêts de travail, etc.).

Dans cette étude, nous nous sommes attachés à identifier les différentes atteintes qu'entraînent les violences conjugales, à collecter les données permettant de quantifier ces atteintes puis à les exprimer en termes monétaires. Le périmètre de cette évaluation concerne les violences émanant de conjoints, compagnons, ex-conjoints ou ex-compagnons (c'est-à-dire les partenaires intimes actuels ou passés), exercées sur les femmes âgées de 18 à 75 ans. Les types d'atteintes pris en compte sont les violences physiques (coups directs ou par projection d'objets, projection de la personne sur le mur, etc.) et les violences sexuelles (gestes sexuels imposés, viols). L'analyse porte sur l'année 2006 (données disponibles les plus récentes) et le raisonnement est conduit en termes d'incidence des violences conjugales (nombre de nouveaux cas survenus en un an). Cette approche par l'incidence cumule les coûts ou leurs composants depuis le début des événements. Différents postes de dépenses ont été évalués, des plus simples (recours aux soins des victimes) aux plus délicats à estimer (coût de la vie humaine). Selon la disponibilité et la qualité des données, des méthodes de mesure directe ou des méthodes d'imputation des coûts (et notamment de repérage de surconsommations médicales, en lien avec les violences conjugales) ont été appliquées. Une analyse de sensibilité a également été réalisée pour estimer la variabilité du résultat final en fonction des valeurs des différents paramètres inclus dans l'étude et tester ainsi la robustesse des résultats obtenus.

Ces méthodes ont été croisées avec trois niveaux d'analyse économique :

- une analyse micro-économique (données relatives aux individus) a reposé sur l'analyse d'interviews d'experts de terrain (responsables de structure d'accueil et d'hébergement, de centres d'écoute téléphonique, d'observatoire départemental de lutte contre les violences conjugales) à partir desquels les parcours de vie individualisés des victimes ont pu être reconstitués ; cette étape a permis de repérer l'ensemble des coûts ou paramètres de coûts à prendre en compte dans l'évaluation ;
- une analyse méso-économique (données relatives aux structures accueillant des individus) a utilisé des données nationales provenant des structures médicales, sociales, juridiques et

administratives (rapports institutionnels, registres nationaux, etc.) pour réaliser une estimation nationale des coûts ;

- une analyse macro-économique a exploité les données économiques nationales et internationales (budget des dépenses publiques par fonction : santé, justice et police, services sociaux ; coût économique et produit intérieur brut extrait d'Eurostat) et permis un chiffrage des violences conjugales au niveau des 25 États membres de l'UE en 2006.

Des sources de données nombreuses, partielles et complémentaires

En France, les sources de données qui ont été utilisées pour estimer le coût des violences conjugales relèvent des sphères médicale, judiciaire, associative et d'enquêtes en santé publique. Selon les cas, elles ont permis de disposer d'éléments chiffrés déjà publiés ou de faire des calculs spécifiques lorsque les bases de données des enquêtes étaient disponibles. Les principales sources utilisées dans le calcul, en dehors des résultats de l'étude française (Marissal et Chevalley, 2007), sont détaillées ci-dessous.

Des données non spécifiques aux violences

Le registre de l'ORU-MiP (Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées) retrace de façon exhaustive et prospective les passages aux urgences dans les 33 établissements hospitaliers publics et privés de la région (motifs de recours aux urgences dont types de traumatismes, actes pratiqués, diagnostics, durées du séjour hospitalier, devenir, etc.). Cette source de données n'avait pas encore été exploitée en France dans le cadre de l'évaluation du coût des violences conjugales. Ce registre dispose de données relatives aux effectifs et hospitalisations pour les personnes ayant subi des violences physiques (commises par des personnes connues).

Les budgets et les statistiques des ministères en charge de l'intérieur (police nationale), de la défense (gendarmerie nationale), de la justice (Direction des affaires criminelles et des grâces), de la santé (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), de l'économie, du travail, de l'Observatoire national de la délinquance (OND) et du département de l'Institut national des hautes études de sécurité (INHES) ont fait l'objet d'investigations approfondies, pour estimer les coûts de la justice civile, pénale et des activités de police et de gendarmerie liées aux violences conjugales. Les projets de loi de finances et les rapports de juridictions financières, dont le rapport d'activité de la Cour des Comptes de 2006, ont été également utilisés.

Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), à travers les statistiques disponibles sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), ont aidé à l'évaluation du coût des passages aux urgences dans le cadre des violences conjugales.

Les données de l'Assurance maladie ont aidé à évaluer les surconsommations de médicaments liées aux violences conjugales et celles de l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE) ont participé entre autres à l'évaluation des coûts des aides aux logements liés aux violences conjugales.

Les rapports d'activité et les budgets de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont participé à l'évaluation du coût des conséquences sociales directes (hébergements d'urgence et d'insertion, aides aux logements). Le coût des hébergements d'urgence et d'insertion a été estimé à partir du budget de fonctionnement, du nombre de places de tels centres et de l'activité attribuable aux violences conjugales.

Du fait de l'absence de statistiques officielles pour certains points, des avis et consensus d'experts ont été recherchés. Pour estimer le coût des passages aux urgences, une hypothèse de

recours aux urgences liés à des blessures pour des femmes de plus de 16 ans a été prise à dire d'experts. De même, pour estimer le taux de divorce lié spécifiquement aux violences conjugales, un consensus d'experts (avocats et juges) a été recherché.

Les enquêtes nationales spécifiques aux violences

L'ENVEFF, l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) et l'enquête EVS constituent les principales sources mobilisables pour identifier la nature et la fréquence des violences en population générale. Selon les enquêtes, elles permettent de repérer ce qui relève de la sphère conjugale et d'accéder à des éléments de contexte ou de comportement des victimes propres à fonder ensuite une analyse des coûts associés aux violences.

L'enquête ENVEFF a été réalisée par l'Institut de démographie de Paris I (l'IDUP) en 2000 auprès d'un échantillon représentatif de 6 970 femmes de 20 à 59 ans, interrogées par téléphone (Jaspard *et al.*, 2001 et 2003). Les femmes ont été interrogées de manière détaillée au sujet des violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles sur une année dans l'espace public, au travail, au sein du couple ou dans les relations avec la famille ou les proches. La violence n'était jamais nommée comme telle mais repérée à travers des actes, des faits, gestes et paroles. Il en ressort que c'est dans l'intimité de l'espace conjugal, que le plus de violences de toutes natures sont perpétrées. De plus, d'après l'ENVEFF, seulement 7% des viols dans le couple ont fait l'objet d'une plainte auprès des services judiciaires. Par ailleurs, 9% des femmes âgées de 20 à 59 ans seraient concernées par les violences conjugales. Les femmes hébergées en foyer et dans les centres d'accueil d'urgence ou sans domicile n'ont pas été interrogées, l'enquête étant centrée sur les personnes vivant à domicile (ménages ordinaires).

L'enquête CVS est une enquête de victimation : les personnes sont interrogées sur les atteintes qu'elles ont pu subir récemment et leurs opinions en matière de sécurité. Cette enquête est menée annuellement depuis janvier 2007 par l'INSEE, en partenariat avec l'OND (Observatoire national de la délinquance) auprès de plus de 17 000 ménages interrogés en face à face et, en leur sein, auprès de personnes âgées de 18 à 60 ans (Tournyol et Le Jeannic, 2008). Par la taille de son échantillon ainsi que par le nombre et le type d'atteinte qu'elle aborde, cette enquête est une avancée majeure pour la connaissance des phénomènes de violence et de vol. Outre le nombre de femmes majeures violées au sein du couple, l'enquête fournit des données relatives aux préjudices subis dans le cadre des violences conjugales, notamment en termes d'incapacité temporaire de travail.

L'enquête Événement de vie (EVS) : une source intéressante pour observer les coûts sanitaires des violences conjugales

L'enquête Événements de vie et santé (EVS) a été réalisée par la DREES de novembre 2005 à février 2006 auprès de 10 000 personnes âgées de 18 à 75 ans vivant à domicile en France (voir l'article p. 71 ; voir aussi la première partie de l'ouvrage consacrée à la présentation de l'enquête, p. 17-68). L'objectif de cette enquête est de mieux connaître les violences ressenties et leurs implications, notamment sur l'état de santé. Les personnes ont été interrogées en face à face sur les violences physiques, verbales ou psychologiques et les atteintes aux biens qu'elles sont susceptibles d'avoir subi au cours des deux années précédant l'enquête, mais aussi sur certains autres événements difficiles vécus de façon plus ancienne et sur leur état de santé ; elles ont également été interrogées à l'aide d'un questionnaire auto-administré à propos de leurs comportements sexuels, leur consommation d'alcool, de drogues illicites et de certaines violences sexuelles. Ces informations ont permis d'établir des liens entre violences subies et état de santé et de dégager divers profils de personnes.

En développant un questionnement sur les « événements difficiles traversés au cours de la vie », l'enquête EVS permet également de comprendre dans quels parcours de vie ou dans quelles conditions de vie prennent forme les liens observés entre violence et santé et d'intégrer ainsi dans les analyses des variables non recueillies dans la plupart des enquêtes.

À l'aide des données de l'enquête, nous avons cherché à montrer si, et dans quelle mesure, les violences conjugales entraînent des surconsommations significatives de visites chez un médecin généraliste ou spécialiste, de médicaments, des fréquences significativement plus élevées ou des durées plus longues des arrêts de travail, etc.

Variables retenues

Pour cela, il était nécessaire de repérer dans les données de l'enquête les variables ayant a priori un lien fort avec le coût engendré par les violences conjugales subies au cours des douze derniers mois. Quinze variables ont ainsi été retenues :

- nombre de consultations chez le médecin généraliste ;
- nombre de consultations chez un psychologue, psychothérapeute, psychanalyste ;
- niveau de consommation d'antidépresseurs (« jamais, occasionnellement, régulièrement mais pas dans la dernière semaine, régulièrement et dans la dernière semaine, ne sait pas ») ;
- niveau de consommation de tranquillisants (mêmes modalités de réponse que précédemment) ;
- niveau de consommation de somnifères (mêmes modalités de réponse que précédemment).

Pour ces trois dernières classes de médicaments, les questions posées n'ont pas utilisé les mots « antidépresseurs », « anxiolytiques » ou « somnifères ou hypnotiques », étant donné la méconnaissance ou la confusion à ce sujet auprès de populations non-spécialistes. La déclaration des enquêtés s'est appuyée sur trois listes de médicaments, soumises à la lecture des enquêtés par les enquêteurs, classant par ordre décroissant de fréquence de prescription les produits couvrant au moment de l'enquête plus de 99% du marché pharmaceutique français.

- recours aux urgences lié à des blessures (« oui, non ») ;
- nombre des hospitalisations ;
- nombre de jours d'hospitalisation au total ;
- arrêts de travail (« oui, non, n'a pas travaillé au cours des 12 derniers mois, ne sait pas ») ;
- nombre des arrêts de travail ;
- nombre de jours d'arrêt de travail au total ;
- établissement par le médecin d'une incapacité temporaire totale de travail (ITT) (« oui, non, ne sait pas ») ;
- jours d'ITT (« moins de 8 jours, 8 jours ou plus, ne sait pas »),
- scores agrégés de santé physique du SF-12v2 ;
- scores agrégés de santé mentale du SF-12v2.

Pour ces deux dernières variables, plus le score est élevé, meilleure est la santé subjectivement perçue par le répondant[3].

3. Ces deux variables sont des variables normées centrées (moyenne = 50, écart-type = 10) qui ont été calculées à partir des moyennes relevées parmi les répondants. Après consultation des auteurs américains des questionnaires SF-36 et SF-12v2, les pondérations utilisées pour calculer les scores agrégés sont les pondérations en vigueur pour les populations enquêtées aux États-Unis, mais la moyenne de 50 est calée sur l'échantillon d'EVS et ne peut donc être comparée directement aux scores calculés aux États-Unis (voir l'article p. 46).

Une approche de la population des femmes victimes de violences conjugales dans l'enquête EVS

Un repérage explicite ou direct de la population des femmes victimes de violences conjugales est impossible : en effet, les questions posées dans l'enquête EVS sur l'identité de l'auteur (ou des auteurs) des violences, lorsque celui-ci (ceux-ci) est (sont) connu(s), ne comprennent pas explicitement la modalité « conjoint » ou « ex-conjoint ». Elles permettent seulement de désigner celui-ci (ou ceux-ci) comme « faisant partie » de la « famille », des « proches » de la victime, comme « travaillant » ou « étant scolarisé(s) » au même endroit que la victime, comme « voisin(s) », ou comme « autre(s) personne(s) connue(s) ».

Par conséquent, nous avons tenté d'approximer cette population par d'autres populations, dont il était légitime de penser qu'elles contenaient une grande partie de la population visée. Deux populations ont ainsi été définies :

- les femmes victimes de violence qui connaissent l'auteur des faits (population 1) ;
- les femmes qui ont souvent des disputes avec leur compagnon ou ex-compagnon (population 2).

Le repérage de la population 1 dans l'enquête EVS s'est effectué en combinant les réponses à plusieurs questions de l'enquête. Des variables ont ainsi été créées indiquant si la personne enquêtée a été ou non, dans les vingt-quatre mois précédant l'enquête, victime de violences physiques, de violences sexuelles ou de violences psychologiques. Le fait de se référer à des faits survenus récemment (dans les deux dernières années) nous permet de nous fonder sur cette population pour repérer l'incidence (nouveaux cas observés) des violences et analyser le coût annuel engendré par les violences conjugales. Les incidences sont ici calculées pour une période de deux années ; elles servent en fait uniquement à mesurer des surconsommations et non la fréquence des nouveaux cas de violences chaque année. Les caractéristiques de la population des femmes âgées de 18 à 75 ans ayant subi ce type de violences de la part d'un auteur connu (famille ou proche) ont été comparées à celles des autres femmes, victimes ou non d'autres types de violence. Les effectifs respectifs de ces populations dans l'enquête sont de 192 et de 4 074 femmes.

Les femmes qui ont souvent des disputes avec leur compagnon ou ex-compagnon (population 2) ont été repérées dans l'enquête EVS à l'aide des réponses apportées aux dix questions relatives aux disputes. Ces questions sont proches de celles posées auparavant dans l'enquête ENVEFF : « Au cours de votre dernière (ou actuelle) relation de couple, vous êtes-vous disputée avec votre ex-conjoint (ou conjoint), ami(e), compagnon (compagne) [toutes relations de couples : relations homosexuelles non exclues du questionnement] au sujet de… ? » Dix sujets différents étaient abordés, avec les modalités de réponse suivantes : « jamais, rarement, quelquefois, souvent, ne sait pas ».

On considère ici que les disputes diffèrent des violences, dans la mesure où la dispute est un moment d'interaction, tandis que la violence conjugale est caractérisée par un rapport de domination de l'un sur l'autre. L'organisation des questionnaires de l'ENVEFF et de l'enquête EVS a notamment été fondée sur cette hypothèse. En pratique, cela se traduit par le fait que les questions sur les disputes sont posées bien avant celles qui portent sur les violences, pour éviter d'introduire des confusions entre ces deux registres dans l'esprit des personnes interrogées. L'exploitation des données de l'ENVEFF apporte du crédit à ce présupposé (Bérardier, 2008) en montrant à la fois que, si le signalement des violences va très souvent de pair avec des disputes, les enquêtées déclarent aussi souvent des disputes non associées à des événements violents.

Les femmes qui déclaraient avoir « souvent » des disputes pour au moins deux des dix thèmes de disputes ont été sélectionnées, puis comparées au reste de la population des femmes de 18 à 75 ans. L'effectif de ces femmes dans l'échantillon de l'enquête est de 570.

La surconsommation de soins des femmes victimes de violences conjugales dans l'enquête EVS

Pour chacune de ces deux populations, nous avons comparé les fréquences ou moyennes d'occurrence de divers événements (consultation d'un médecin, consommation d'antidépresseurs ou de somnifères, etc.) dans les douze mois précédant l'enquête à celles rencontrées pour les autres femmes. Les différences statistiquement significatives constatées sont indiquées dans le tableau 1, pour les femmes victimes de violences dont elles connaissent l'auteur. Les résultats sur la population des femmes qui ont souvent des disputes avec leur compagnon ou ex-compagnon ne sont pas présentés, mais ils sont très semblables.

La corrélation statistique entre le fait d'être victime de violences physiques, sexuelles ou psychologiques exercées par un ou des agresseurs proches (victimes conjugales pour partie d'entre elles) est plus forte en matière de santé mentale que physique. L'hypothèse qui en ressort est que la proximité affective qui unit ou unissait la victime et l'auteur crée, lorsque les violences surviennent, des effets plus délétères encore que lorsque la victime ne connaît pas son agresseur. On peut aussi supposer que, lorsque victime et agresseur sont très proches, et notamment lorsqu'ils vivent sous le même toit, l'itération des événements violents est plus fréquente, peut survenir au cours de périodes longues de la vie et renforce ainsi la probabilité de survenue de troubles de santé mentale (Bauer, 2007).

Par ailleurs, les résultats obtenus à partir de l'enquête EVS permettent de chiffrer plus précisément le coût des consultations chez les généralistes et les psychiatres et celui des consommations médicamenteuses associées. L'enquête EVS a montré que les femmes qui subissent des violences physiques, psychologiques ou sexuelles de la part de personnes connues « consomment » en moyenne par an 1,05 visite supplémentaire chez le médecin généraliste et 1,21 visite supplémentaire chez le psychiatre ou le psychologue. En tenant compte d'un nombre de femmes victimes de violences conjugales dans la population française équivalent à un total de 2 025 000 femmes par an en France entière (par extrapolation des chiffres de l'enquête ENVEFF), les dépenses supplémentaires liées aux consultations chez les médecins généralistes et les médecins psychiatres liées sont alors estimées en fonction des surconsommations évaluées à partir des données de l'enquête EVS.

TABLEAU 1

La surconsommation de soins des femmes victimes de violences dans les deux ans précédant l'enquête

	Femmes victimes de violences par un auteur connu	Femmes non victimes ou victimes d'auteurs inconnus	Significativité de la différence*
Consultations chez le généraliste (nombre moyen)	5,2	4,2	*
Consultations chez un psychologue, psychotérapeute, psychanaliste (nombre moyen)	1,8	0,6*	*
Consommation régulière d'antidépresseurs (%)	14,6	7,1	*
Consommation régulière de tranquillisants (%)	18,7	8,6	*
Consommation de somnifères (%)	9,9	5,2	*
Fréquence d'arrêts de travail (%)	28,1	18,0	*
Fréquence d'ITT (%)	5,2	2,2	*
Score agrégé de santé physique perçue (points)	48,7	49,8*	*
Score agrégé de santé mentale perçue (points)	43,1	49,7	*

* Significativité au seuil de 5 %.

Lecture • 5,2 % des femmes déclarant avoir subi des violences de la part d'un auteur connu ont bénéficié d'un certificat d'ITT durant les deux années précédant l'enquête contre 2,2 % des autres femmes âgées de 18-75 ans. .

Champ • Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

Sources • Enquête Evénements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Les violences conjugales : un coût annuel de 2,5 milliards d'euros

Pour la société, l'un des coûts économiques des violences conjugales est la perte d'utilité sociale engendrée par ces violences. En d'autres termes, ces violences ont des répercussions sur le bien-être de la société, que l'on cherche ici à évaluer. Entre 9 000 et 15 000 années de vie[4] auraient ainsi été perdues en 2006 du fait des décès immédiats. Pour les survivants et leurs proches, les violences sont associées à des troubles émotionnels importants, provoquent de grandes souffrances, des pertes de qualité de vie et de bien-être et des séquelles mentales et physiques. Le coût de ces pertes est délicat à évaluer. Les calculs détaillés qui ont permis de l'établir[5] conduisent à un coût global imputable aux violences conjugales en France de 2,472 milliards d'euros par an, avec une fourchette comprise entre 1,7 et 3,5 milliards d'euros (tableau 2). Ce résultat global intègre les éléments présentés pour l'enquête EVS et les éléments tirés des autres sources d'informations. Plus précisément, ce coût se décompose en différents postes (graphique 1).

Les coûts directs médicaux correspondant aux soins de santé (483 millions d'euros) représentent 20 % du coût global. Au sein de cette catégorie, se trouve la part de la consommation de médicaments et des consultations médicales qui excède, chez les femmes victimes de violences dans le couple, les niveaux observés en population générale.

Les coûts directs non médicaux, correspondant aux recours aux services de police et à la justice, s'élèvent à 235 millions d'euros. En 2006 par exemple, les violences conjugales ont donné lieu à plus de 12 500 condamnations, dont plus de 10 500 peines de prison, parmi lesquelles 20 % de peines de prison ferme. À partir du budget de l'administration pénitentiaire, de celui de la police, de la gendarmerie et des procédures pénales engagées, le coût relatif des « condamnations » au sens large des auteurs de violences conjugales a été estimé à près de 10 % du coût global. Cette part pourrait augmenter dans les prochaines années, compte tenu du contexte de montée en charge du dispositif judiciaire récemment mis en place pour la protection des femmes victimes de violences conjugales.

Le coût des conséquences sociales et notamment le recours aux aides sociales (120 millions d'euros) représente moins de 5 % du coût global. Les coûts relatifs aux hébergements d'urgence et d'insertion en cas de rupture du couple, aux différentes aides au logement, aux allocations de parents isolés et au revenu minimum d'insertion en lien avec les séparations du fait de violences conjugales représentent autant que le coût des paiements des arrêts de travail imputables directement aux violences conjugales. Du fait de la faible précision des données relatives aux hébergements en lien avec les violences conjugales, ce poste de coût est probablement sous-estimé.

Les coûts humains des viols et préjudices (535 millions d'euros) représentent 22 % du coût global. Le chiffrage du coût humain lié aux viols s'appuie sur la méthode préconisée par le Commissariat général au Plan (Boiteux et Baumstark, 2001). Le coût des préjudices dans le cadre des violences conjugales a été calculé à partir des durées des interruptions temporaires totales de travail (ITT) provenant des données de la police et de la gendarmerie[6] et des barèmes indicatifs d'un tribunal de grande instance de France en termes de *quantum doloris* (souffrances physiques, psychiques ou morales endurées par la victime d'un accident de la route).

4. Le nombre d'années de vie perdues a été calculé à partir des données du rapport de l'Observatoire national de la délinquance (OND) de 2006, qui estimait un nombre de 197 décès (dont 137 fémicides directs), fournissant ainsi une fourchette basse, et des données de notre étude spécifique (Rapport du projet Daphné 2004 n° JAI/DAP/04-1/092, « Extension de la base d'indicateurs descriptifs sur les violences conjugales et les viols en Europe aux 10 nouveaux États membres »), qui estimait à 328 le nombre total d'homicides, donnant ainsi une fourchette haute, et en se fondant sur un âge moyen des victimes de violences conjugales de 38 ans et sur une espérance de vie féminine de 84 ans en 2008.

5. Voir le rapport final du programme Daphne, accessible sur le site www.psytel.eu.

6. La durée d'une ITT est déterminée par la durée de la « gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer tous les gestes de la vie courante » à la suite de coups et blessures volontaires dont elle a fait l'objet.

Tableau 2

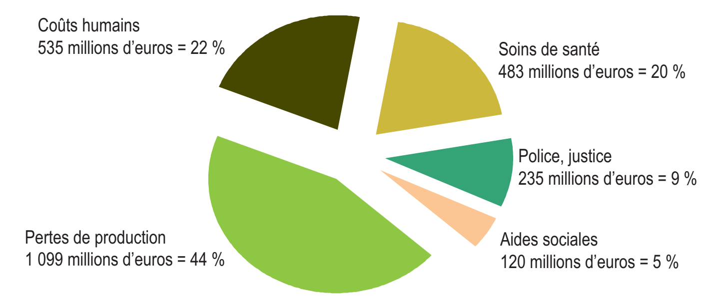
Estimation du coût des violences conjugales en France pour l'année 2006

Postes de coût	Estimation (en millions d'euros)	Part du coût global (en %)
Coûts des conséquences directes		
Coûts directs médicaux	**483,2**	**19,5**
Passages aux urgences	24,4	1,0
Hospitalisation	3,9	0,2
Soins de médecine générale et psychiatrie	142,7	5,8
Médicaments	312,2	12,6
Coûts directs non médicaux (justice et police)	**234,5**	**9,5**
Justice civile	8,7	0,4
Justice pénale	28,0	1,1
Administration pénitentiaire	99,4	4,0
Activités de la police	58,7	2,4
Activités de la gendarmerie	39,8	1,6
Coûts des conséquences sociales directes	**120,3**	**4,9**
Hébergement d'urgence et d'insertion	28,3	1,2
Allocations logement (APL, ALS, ALF)	12,8	0,5
Allocation API (allocation pour les parents isolés)	5,7	0,2
Allocation RMI (revenu minimum insertion)	4,3	0,2
Paiement des arrêts de travail	69,2	2,8
Coûts des conséquences indirectes		
Coûts des pertes de production	**1 098,9**	**44,5**
Pertes de production dues aux décès	221,6	9,0
Pertes de production dues à l'absentéisme	778,5	31,5
Pertes de production dues aux incarcérations	98,8	4,0
Coûts humains	**534,7**	**21,6**
Coût des viols	328,6	13,3
Coût des blessures graves et des préjudices	206,1	8,3
Coût total	**2 471,7**	**100,0**

Sources • Rapport final du programme européen Daphné (www.psytel.eu).

Graphique 1

Parts des différents types de coût dans le coût global des violences conjugales en France en 2006



Sources • Rapport final du programme européen Daphne (www.psytel.eu).

Les pertes de production dues aux décès et à l'absentéisme des victimes ainsi qu'aux incarcérations des auteurs des violences (1 099 millions d'euros) représentent 44 % du coût global, dont plus de 30% sont dus à l'absentéisme. Le coût indirect des incarcérations de personnes s'étant rendues coupables de violences conjugales est estimé à 98,838 millions d'euros, en valorisant les pertes de production dues au temps d'incarcération, mais sans tenir compte des conséquences en termes de chômage des personnes à la sortie de prison.

La prédominance des coûts des conséquences indirectes, représentés par les pertes de production et notamment celles dues à l'absentéisme au travail, peut être liée à l'altération de la qualité de vie des femmes victimes qui connaissent des troubles de l'humeur, des fatigues intenses et des problèmes de sommeil. Les violences conjugales engendrent à ce titre des incapacités fonctionnelles et sociales notables.

Une question importante pour l'économiste est de savoir qui supporte les coûts générés par les violences, autrement dit comment, à partir d'un coût que l'on vient d'établir, peut-on (plus ou moins) parvenir à distinguer les différents acteurs qui en supportent le financement ? L'individu et le ménage supportent en premier lieu les coûts directs au *prorata* de leur reste à charge (tiers-payant dans le cas des dépenses de santé), mais également les coûts des conséquences indirectes par le biais des baisses de revenus futurs dues à la baisse des capacités productives (handicaps, décès), ainsi que les coûts liés à la baisse du niveau de vie consécutive à la séparation du conjoint violent. Ils supportent également les coûts intangibles traduisant la perte de bien-être de la victime et de son entourage, susceptibles de représenter des coûts humains et psychologiques qui peuvent être étudiés au travers d'indicateurs de qualité de vie, de mesures d'utilité, etc. La part socialisée du recours au système de santé et aux aides monétaires ou en nature (par exemple en cas de gestion de situations d'urgence) constitue pour le système de protection sociale autant de coûts directs, alors que la réduction des capacités individuelles de cotisation sociale et d'imposition représente un coût au titre des conséquences indirectes.

Limites et précautions pour l'interprétation des résultats

Parce qu'elles se situent à la fois dans la sphère privée et dans la sphère publique (du fait de leurs prises en charge récentes dans l'action publique), les violences conjugales constituent un phénomène difficile à appréhender dans toutes leurs dimensions. La validité des données des enquêtes statistiques, en particulier, est limitée par les biais de réponse qu'elles contiennent, du fait de la difficulté à lever un secret ou de reconnaître, pour les victimes elles-mêmes, la réalité des situations qu'elles vivent. Les conditions de passation des questionnaires doivent au moins s'efforcer, par de soigneux protocoles, de créer les conditions les plus propices à limiter ces biais de collecte (voir l'article p. 53). En outre, les effectifs des études portant sur ces violences sont souvent insuffisants pour en déduire des corrélations statistiques robustes. Le développement récent des enquêtes (enquête EVS après l'ENVEFF), l'affinement des méthodes des enquêtes de victimation sur les violences conjugales (enquête CVS), ainsi que leur capacité à mobiliser des échantillons de plus grande taille constituent des avancées majeures dans l'évaluation de ces phénomènes : nouvelles méthodes de collecte des données, possibilité de repérage du statut de l'auteur, questionnement proscrivant les termes de « violence » ou « agression », etc.

Si les données (notamment celles tirées de l'enquête EVS, qui sont ici mobilisées) constituent aujourd'hui un point de départ nécessaire, elles restent souvent insuffisantes, car il est difficile de réunir, d'une part, des informations explicites sur le caractère conjugal des violences et des effectifs suffisants et, d'autre part, des données précises et robustes permettant d'évaluer l'ampleur totale du poids économique associé aux violences.

En outre, le choix de l'horizon temporel retenu est une limite pour l'évaluation d'un phénomène qui peut prendre des formes et entraîner des conséquences différées dans le temps. L'idéal serait de mesurer l'impact de ces violences sur la collectivité pendant toute la durée de vie de la victime et de ses proches, sans se limiter à une période plus restreinte. Un calcul annuel des coûts permet certes d'observer leur évolution dans le temps. Cependant, l'utilisation de données collectées irrégulièrement et sporadiquement contraint les évaluateurs à un compromis consistant à regrouper des données disponibles collectées en différentes années et à calculer un coût estimé pour une année moyenne. Les données recueillies en cohorte sembleraient les mieux adaptées, mais leur collecte pose de grands problèmes éthiques et juridiques : car comment « suivre » pendant plusieurs années des personnes victimes en ignorant qu'une enquête, qui repère les situations, pourrait donc aussi être le vecteur d'une aide aux victimes[7] ?

Éléments de comparaison avec d'autres pays européens

Avec les limites méthodologiques mentionnées, cette étude évalue le coût des violences conjugales à près de 2 472 millions d'euros (valeur 2006), soit un peu moins de 40 euros par habitant. Six autres études ont été publiées dans quatre pays européens. Elles intègrent dans leur évaluation des postes de coûts équivalents à cette étude. Quatre d'entre elles aboutissent à des ordres de grandeur comparables, avec une estimation du coût moyen des violences conjugales par habitant comprise entre 20 et 40 euros (tableau 3), tandis que les deux autres fournissent des résultats assez différents. Ces variations peuvent s'expliquer par les différences possibles entre les situations nationales, mais aussi par l'utilisation de méthodes, de protocoles de collecte de données, d'objectifs d'étude et de périmètres de définition des violences dans le couple différents.

Les pertes de production et coûts humains représentent plus de 50 % des coûts globaux dans trois des études (Walby, 2004 ; Heinskanen et Piispa, 2001 et Pulkkinen, 2004) et, dans presque toutes les études, c'est le poste de dépenses le plus important (graphique 2).

La part prépondérante qu'occupent les coûts liés aux pertes de production au sein du coût global des violences conjugales rappelle la structure des coûts mise en évidence par les études de coûts des pathologies chroniques. Au Royaume-Uni, par exemple, l'ensemble des coûts de la dépression chez les adultes a été évalué à 15,46 milliards d'euros (9 milliards de livres britanniques en 2000), dont seulement 636 millions (370 millions de livres en 2000) concernaient les soins directs (Thomas et Morris, 2003). Aux États-Unis, les dépenses annuelles totales associées à la dépression atteindraient 100 milliards d'euros (83 milliards de dollars US en 2000), dont 69%

Tableau 3

Estimations du coût des violences conjugales dans cinq pays européens

Pays	Coût global estimé (en millions d'euros l'année du coût)	Coût par habitant (en euros)
Angleterre (Walby, 2004)	9 079,61 en 2001	154
France (Nectoux, 2009)	2 472 en 2006	39
France (Marissal et Chevalley, 2007)	970,06 en 2004	16
Suède (Envall, 2006)	320,51 en 2004	36
Suède (Gemzell, 2005)	69,15 en 1999	8
Finlande (Heiskanen, 2001)	177,10 en 2001	34
Finlande (Pukkinen, 2004)	134, 10 en 1998	26

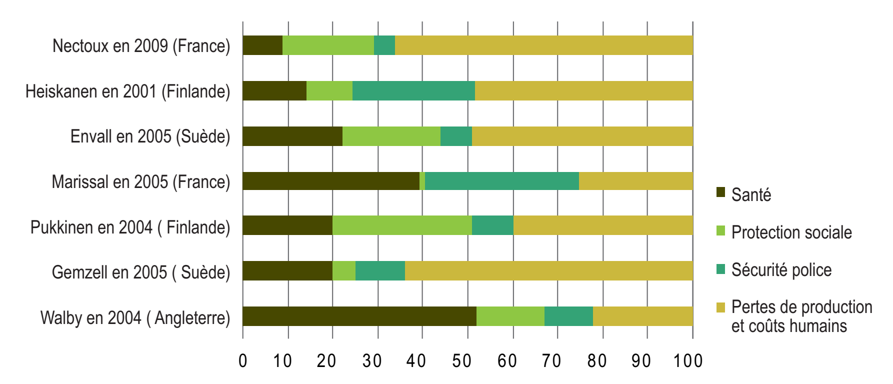
7. Voir à ce propos l'article 40 alinéa 2 du Code de procédure pénale et les développements concernant ces questions dans l'article p. 53.

imputables aux pertes d'emplois et aux décès prématurés (Greenberg *et al.*, 2003). Et d'après l'Institut national du cancer (INCa), qui a estimé le coût global du cancer en France en 2004, les pertes de productivité représentent le coût social le plus important : 17,5 milliards d'euros, contre 7 milliards pour les soins hospitaliers et 4 milliards pour les soins ambulatoires (Amalric, 2007).

GRAPHIQUE 2



Composition du coût global des violences conjugales selon les études publiées en Europe



Conclusion et recommandations

Les études économiques, tant étrangères que françaises, soulignent unanimement le poids considérable des violences conjugales pour la société et mettent en évidence l'importance de disposer d'études épidémiologiques robustes qui permettraient d'affiner les ratios étiologiques de coût. Si elles représentent un coût humain majeur, les violences conjugales font peser un énorme fardeau économique sur les sociétés, en induisant une perte de productivité et un recours accru au système de protection sociale. Ces premiers résultats, qu'il reste à consolider sur plus long terme, conduisent à montrer qu'en augmentant d'un euro le budget des politiques de prévention des violences conjugales, l'État, l'assurance maladie ou encore les collectivités locales pourraient économiser jusqu'à 87 euros de dépenses sociétales, dont 30 euros de dépenses directes. Ce travail a été rendu possible grâce notamment aux enquêtes nationales sur les violences, en particulier l'enquête EVS. Il a eu des extensions au niveau européen : en complétant l'estimation française par celles qu'ont effectuées, au sein du programme Daphné, les experts danois et espagnols, puis en extrapolant au niveau des 25 États membres et de leurs budgets nationaux, le coût des violences conjugales en Europe s'élèverait à près de 16 milliards d'euros (avec une fourchette comprise entre 14 et 22 milliards).

BIBLIOGRAPHIE

Amalric F., 2007, « Analyse économique des coûts du cancer en France », *Études et expertises, Institut du cancer*, 141 p. (consultable sur le site : www.e-cancer.fr).

Bauer A. (sous la dir. de), 2007, *La criminalité en France. Rapport annuel de l'Observatoire national de la délinquance* (OND) 2007, CNRS Éditions, 573 p.

Bérardier M., 2008, « Les disputes dans EVS et ENVEFF », *Document de travail*, INED, septembre, 118 p..

Boiteux M., Baumstark L., 2001, *Transports : choix des investissements et coûts des nuisances*, Commissariat général du plan, La Documentation française, juin, 328 p.

Campbell J.C., Pugh L.C., Campbell D., Visscher M., 1995, « The influence of abuse on pregnancy intention », *Women's Health Issues*, 5(4), p. 214-223.

Délégation aux victimes du Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, *Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple*. *Année 2007*, consultable sous http://www.interieur.gouv.fr

Envall E., Erikson A., 2004-2006, *Costs of violence against women,* Sweden : National Board of Health and Welfare.

Gemzel T., 2005, *The Cost of Gender-Based Violence in Sweden. An economic approach to the phenomenon*, Linköpings Universitet, Ekonomiska Institutionen, Politices Magisterprogrammet, 55 p.

Greenberg P.E., Kessler R.C., Birnbaum H.G., Leong S.A., Lowe S.W., Berglund B.A., Corey-Lisle P.K., 2003, « The economic burden of depression in the United States : how did it change between 1990 and 2 000", J*ournal of Clinical Psychiatry,* 64, p. 1465-1475.

Heiskanen M., Piispa M., 2001, « The costs of violence in a municipality. A case study of violence against women and its costs in the city of Hämeenlinna 2001, based on estimates provided by authority representative", *Reports 2002*, Ministry of Social Affairs and Health,16, Helsinki, Finland.

Jaspard M. et l'équipe ENVEFF, 2001, « Nommer et compter les violences envers les femmes une première enquête nationale en France », *Population et sociétés,* n°364, janvier.

Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Honel A., Lhomond B., Maillochon F., Sauvel-Cubizolles A.-J., Schiltz M.-A., 2003, *Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale*, La Documentation française, Paris, 370 p.

Kornblit A.-L., 1994, « Domestic Violence. An Emerging Health Issue", *Social Science Medicine*, vol. 39, n° 9 : p. 1181-1188.

Marissal J.-P., Chevalley C., 2007, *Evaluation des répercussions économiques des violences conjugales en France*, La Documentation française, Paris, 126 p.

Mishan E.-J., 1971, *Cost-benefit analysis an informal introduction*, Unwin Brothers Limited 454 p.

Nectoux M., 2009, *Estimation du coût des violences conjugales en Europe. Rapport du projet Daphné n° JLS/DAP/06-1/073*, Psytel, juin.

Nectoux M., Mugnier C., Baffert S., Albagly M., Thélot B., 2010, « Évaluation des violences conjugales », *Santé publique*, vol. 22, pp. 405-416.

Pulkkinen P., 2004, «The price of violence. The costs of men's violence against women in Finland», Working paper, Statistics Finland, n° 30.

Rice D.-P. and Cooper B.-S., 1967, « The economic value of human life », *American Journal Public Health Nations Health*, November; 57(11), p. 1954-1966

Thomas C. M., Morris S., 2003, « Cost of depression among adults in England in 2 000 », *British Journal of Psychiatry*, dec.: 183, p. 514-519.

Tournyol du Clos L., Le Jeannic T., 2008, « Les violences faites aux femmes », *INSEE Première*, février.

Walby S., 2004, « The Cost of Domestic Violence. United Kingdom », *DTI, Women and Equality Unit*, London, 117p.

Partie 5

Éclairages méthodologiques

Le comportement des répondants face au questionnaire auto-administré par ordinateur

Olivier BART*

Utilisé pour la première fois en France, le questionnaire auto-administré par ordinateur, destiné à recueillir des informations sur des sujets sensibles, suscitait de nombreuses interrogations méthodologiques, liées notamment aux éventuelles difficultés de manipulation de l'outil informatique ou de compréhension pour certaines catégories de population. Cette étude tente de mieux cerner les facteurs influant sur les temps de réponse, les temps d'hésitation (relectures, réécoutes et corrections apportées) et les cas d'abandon en cours d'enquête.

En moyenne, les enquêtés ont passé 15 secondes par question (lecture, compréhension, réflexion, réponse). Les jeunes et les diplômés, sans doute plus familiers avec les outils informatiques, et les personnes de nationalité française, plus à l'aise avec la langue, ont répondu plus vite. Cependant, le temps de réponse dépend non seulement des caractéristiques des personnes interrogées, mais aussi et surtout des caractéristiques des questions posées : choisir une réponse parmi une liste de modalités préétablies est plus rapide que d'avoir à formuler sa propre proposition de réponse. Par ailleurs, 60 % des questionnaires auto-administrés ont été remplis de façon linéaire, sans que l'enquêté ait eu besoin de réécouter une question, de relire ou de corriger ses réponses. Enfin, seuls 2% des questionnaires ont été interrompus avant la fin, ce risque augmentant avec l'âge.

* Lors de la préparation de la collecte de l'enquête EVS, Olivier Bart était responsable du groupe Blaise au Centre national informatique de l'INSEE à Lille, et donc en particulier de la programmation du questionnaire électronique pour Computer Assisted Personal Interview (CAPI).

L'enquête Événements de vie et santé (EVS), pilotée par la DREES, était la première enquête collectée par l'INSEE comportant un questionnaire auto-administré par ordinateur, pour certains sujets sensibles comme la sexualité, la consommation de drogues illicites ou d'alcool. Le choix de ce mode de passation se justifiait autant par des considérations éthiques et juridiques que méthodologiques (voir l'article p. 53) : il devait notamment permettre de renforcer la confidentialité et la sincérité des réponses. Ce protocole novateur suscitait toutefois de nombreuses interrogations, notamment quant à la capacité des enquêtés à répondre de manière autonome à l'aide d'un outil informatique.

Le questionnaire auto-administré se situait juste après l'entretien en face à face (voir la description du questionnaire p. 63). L'enquêteur confiait alors le micro-ordinateur portable CAPI (encadré 1) à l'enquêté et branchait un casque audio pour laisser l'enquêté lire seul les questions et les modalités de réponse à l'écran, tout en écoutant, s'il le souhaitait, le fichier son sur lequel la question avait été enregistrée. L'enquêté saisissait ensuite sur le clavier le chiffre correspondant à la réponse choisie. Il pouvait aussi réécouter le fichier son et se déplacer dans le questionnaire pour relire ou corriger ses réponses.

La présente étude vise à analyser le comportement des personnes interrogées face à cet outil pour mieux cerner les éventuelles difficultés sur certaines questions ou pour certaines catégories de population. Elle s'appuie sur l'exploitation du journal des événements, dit fichier ADT (AuDit Trail), édité automatiquement lors de la collecte des données de l'enquête EVS sous CAPI. Ce journal contient la date et l'heure de chaque action effectuée sur le micro-ordinateur

ENCADRÉ 1

Définitions : CAPI, CASI, Blaise et fichier ADT

Le terme **CAPI** (*Computer Assisted Personal Interview* : entretien en face à face assisté par ordinateur) désigne de manière générale un mode de collecte des données (en face à face). C'est également le nom de l'application informatique INSEE permettant la collecte des enquêtes sur micro-ordinateur portable. Ces ordinateurs sont souvent nommés « portables CAPI ». L'application CAPI de l'INSEE s'appuie sur le logiciel Blaise.

Blaise est un logiciel de programmation de questionnaires électroniques utilisé par la plupart des instituts de statistiques mondiaux. Il permet de gérer différents modes de questionnement, le plus courant à l'INSEE étant le CAPI (collecte en face à face), mais également le questionnement auto-administré (*Computer Assisted Self Interview* ou **CASI**). Blaise automatise complètement la gestion des filtres et des renvois entre les questions en fonction des données saisies.

Pour l'enquête EVS, vu la nature des données collectées, un système de verrouillage du questionnement auto-administré a été développé : à chaque instant et au moins à la fin du questionnaire, l'enquêté(e) avait la possibilité de masquer irréversiblement les données saisies afin d'empêcher l'enquêteur et les gestionnaires INSEE en directions régionales de relire les réponses. Ce dispositif, ainsi que les consignes très précises données aux enquêteurs pour préserver la confidentialité des réponses, a certainement contribué à renforcer la confiance des personnes interrogées et à assurer la crédibilité de cette partie de l'enquête.

Le **fichier ADT** (*Audit trail*), généré automatiquement par Blaise, est un fichier texte qui contient la date et l'heure précise de chaque action effectuée sur le micro-ordinateur portable pendant la collecte, le nom des variables du questionnaire lues, leur valeur à chaque instant, etc. On peut donc en particulier en déduire les données saisies, savoir si une valeur a été corrigée, ou encore calculer la durée passée sur chacune des variables.

portable pendant la collecte, le nom des variables du questionnaire lues, les modalités de réponses cochées à chaque instant, etc. Les fichiers ADT retracent ainsi l'ensemble des actions effectuées sur le clavier lors de la collecte et permettent de mieux cerner le comportement de l'enquêté(e) face à des questions qui peuvent parfois paraître intrusives et à un outil informatique dont ils ne sont pas forcément familiers.

Les résultats présentés s'articulent autour de trois thèmes : Quel est le temps passé en moyenne par les enquêtés pour répondre à une question ? Les enquêtés réécoutent-ils les questions, relisent-ils ou corrigent-ils leurs réponses ? Qui sont les enquêtés qui abandonnent le questionnaire avant la fin ?

L'étude porte sur 9 139 questionnaires, pour lesquels au moins une variable du questionnaire administré a été lue. Par la suite, nous avons souvent exclu les questionnaires où seule la première variable était renseignée car on ne peut accorder beaucoup de crédit à une réponse qui a peut-être simplement été saisie pour voir l'écran suivant, avant d'abandonner. Au total, le questionnaire auto-administré compte 61 questions. Mais certaines questions étant filtrées (n'y répondent que ceux qui ont coché certaines modalités auparavant), personne n'était concerné par l'intégralité des questions. En moyenne, les personnes interrogées ont répondu à 23,3 questions, ce qui ne traduit pas une forte non-réponse partielle, mais s'explique par l'architecture du questionnaire. Par exemple, la partie sur les stupéfiants était très courte pour les non-consommateurs, lesquels représentent une forte majorité de la population : ainsi, les enquêtés ont répondu en moyenne à 3,7 questions sur cette partie (tableau 1).

TABLEAU 1

Nombre et durée des questions du questionnaire auto-administré

	Nombre total de questions	Durée moyenne des fichiers son (en secondes)	Nombre moyen de questions répondues	Durée moyenne par question (en secondes)
Questionnaire auto-administré (QAA)	**61**	**19,9**	**23,3***	**15,1 ***
• partie sexualité	17	23,1	10**	17,5 **
• partie alcool	21	17,9	10**	14,1 **
• partie stupéfiants	23	16,5	3,7**	10,8**

Note • Le nombre moyen de questions auxquelles les personnes interrogées ont répondu sur le questionnaire auto-administré complet (23,3) est inférieur à la somme des nombres moyens de questions répondues sur chacune des parties (23,7) car les champs pris en compte pour les calculs sont différents.

* Champ: répondants à au moins deux questions du QAA. ** Champ: répondants à au moins une question du QAA.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Des temps de réponse variables selon les répondants et les questions

Le temps de passation d'un questionnaire est un déterminant essentiel du budget d'une enquête. Ce temps dépend bien évidemment du nombre de questions posées, mais aussi du temps passé à répondre à chacune des questions. Dans le cas d'un questionnaire auto-administré, le fichier son qui retranscrit la question joue le rôle habituellement tenu par l'enquêteur. Mécaniquement, le temps passé sur une question dépend de la longueur du libellé de la question, très hétérogène d'une question à l'autre. Le fichier son durait entre 7 et 46 secondes selon les questions.

Le protocole de l'enquête permettait à la personne interrogée de lire les questions à l'écran et de les écouter, simultanément ou non. Elle pouvait interrompre le fichier son en répondant sans attendre d'avoir entendu la fin de la question[1] : cette option a été fréquemment utilisée, puisque dans plus de 7 cas sur 10, le temps passé sur une question est strictement inférieur à la durée du fichier son.

Le temps passé sur une question peut donc être interprété comme une durée globale, incluant à la fois le temps passé à lire et comprendre la question et le temps passé à réfléchir à la réponse et à la saisir. On pourrait ainsi décomposer cette durée globale en trois phases plus ou moins distinctes selon les personnes : écoute ou lecture (et compréhension) de la question, recherche de la réponse et saisie de la réponse sur le clavier.

Après élimination de quelques valeurs extrêmes, le temps de réponse moyen est de 15,1 secondes par question (la durée médiane est de 12 secondes). Cette durée diminue au fur et à mesure que l'on avance dans le questionnaire.

Les plus jeunes et les plus diplômés répondent plus vite

Pour mesurer l'aisance face à l'outil informatique et la capacité à lire et comprendre rapidement les questions, nous avons étudié les temps de réponse aux questions du questionnaire auto-administré en fonction de l'âge, du sexe, du diplôme le plus élevé et de la nationalité des personnes interrogées. Ces variables exercent des effets connus sur les réponses dans de nombreuses enquêtes.

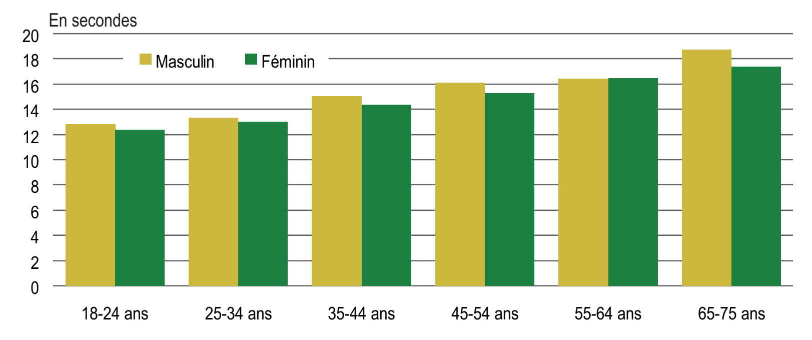
Les temps de réponse augmentent régulièrement avec l'âge, passant de 12,6 secondes en moyenne pour les 18-24 ans à 18,1 secondes pour les 65-75 ans (graphique 1). Ceci peut s'expliquer par la plus grande familiarité des jeunes générations avec le maniement du clavier d'un ordinateur. De façon générale, les femmes répondent un peu plus vite que les hommes : 14,8 secondes en moyenne contre 15,4 secondes pour l'ensemble des répondants.

Les enquêtés les plus diplômés répondent également plus vite (graphique 2) : 12,9 secondes en moyenne pour les titulaires d'un diplôme supérieur à bac + 2, contre 17,7 secondes pour ceux d'un diplôme de niveau CEP. Là encore, le fait que la familiarité avec l'informatique augmente avec le niveau de diplôme est un élément possible d'explication. Les effets de l'âge et du

GRAPHIQUE 1



Temps de réponse moyen selon l'âge et le sexe



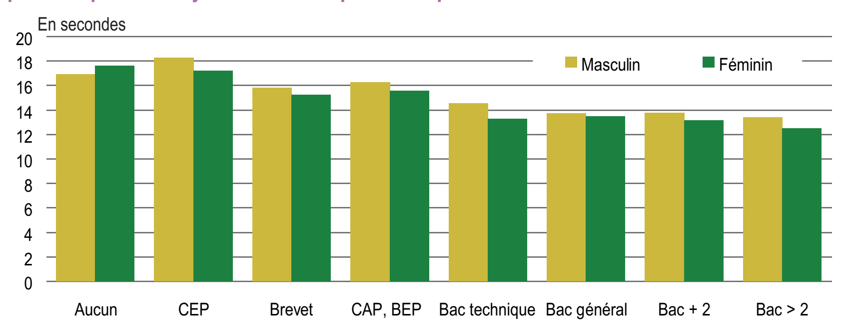
Champ • Personnes âgées de 18-75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

1. L'option *Stop on key* de Blaise a été activée dans ce sens, à la suite d'une expérience négative lors d'un test où les enquêtés n'avaient pas la possibilité d'abréger la lecture du fichier son.

Graphique 2

Temps de réponse moyen selon le diplôme le plus élevé



Champ • Personnes âgées de 18-75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Évenements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

diplôme se conjuguent aussi très certainement : les répondants les plus jeunes étant nettement plus diplômés, ils cumulent deux caractéristiques associées à un temps de réponse plus court.

Il apparaît également que les personnes de nationalité française à la naissance répondent plus vite (15,0 secondes en moyenne par question) que les personnes naturalisées françaises (16,2 secondes), lesquelles répondent elles-mêmes légèrement plus vite que les personnes de nationalité étrangère (16,8 secondes). On peut ici supposer des difficultés de compréhension de la langue, cet effet demeurant une fois prises en compte les différences de structures par âge des populations.

Un temps de réponse plus long pour les questions ouvertes

La durée du fichier son nous renseigne donc sur la longueur de la question posée, laquelle influe sur le temps de réponse. En complément, nous avons cherché à savoir si le temps de réponse dépend également du type de la question. Le type des questions est abordé du point de vue de leur forme (s'agit-il d'une question « ouverte » ou « fermée » ?) et de leur nature.

Dans les questions fermées, les modalités de réponse sont préétablies (par exemple oui/non) : l'enquêté coche, parmi les réponses proposées, celle qui correspond le mieux à sa situation. Techniquement, dès qu'une modalité valide est saisie, le programme informatique Blaise passe automatiquement à la question suivante. À l'inverse, pour les questions ouvertes, il n'y a pas de modalités explicitement proposées. Ainsi la question « Au cours de votre vie, avec combien de partenaires différents avez-vous eu des rapports sexuels ? » accepte 99 réponses possibles (entre 1 et 99), mais est considérée comme une question ouverte selon la définition adoptée ici – légèrement différente de l'acception courante du terme « question ouverte » qui sous-entend plutôt une zone de saisie permettant de taper du texte sous forme libre. La validation automatique ne fonctionne que lorsque la réponse saisie utilise toute la place disponible (2 caractères dans l'exemple cité). Une fois la réponse validée, une consigne invite à poursuivre l'enquête, par exemple, pour la question citée : « Inscrivez le nombre de partenaires en utilisant les chiffres du clavier, puis appuyez sur la touche Entrée pour passer à la question suivante. »

La nature de la question renvoie au type d'informations recherchées. Elle recouvre quatre catégories de questions :

- les questions de « datation » nécessitent une réponse datée, un âge ou bien renvoient à l'occurrence d'un événement dans une période précisément datée (par exemple : « À quel âge

avez-vous consommé du cannabis pour la première fois ? » ou « Est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois ? ») ;

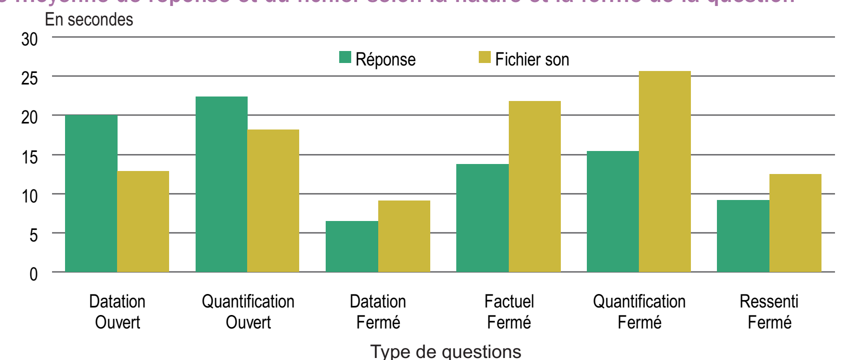
- les questions de « quantification » sont des questions pour lesquelles la réponse attendue est un nombre, qui n'est ni une date ni un âge (par exemple : « Combien de verres d'alcool avez-vous bus dimanche dernier ? ») ;
- les questions « factuelles » portent sur un constat objectif, hors dates et quantifications (par exemple : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà bu de l'alcool ? ») ;
- quant au « ressenti », il qualifie ici des questions plus subjectives, faisant explicitement appel à une interprétation de la part du répondant (par exemple : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? »).

Les temps de réponse moyens varient fortement selon la catégorie de questions (graphique 3), mais ce constat est aussi en partie lié à une forte hétérogénéité de la durée du fichier son (et donc, à la longueur de la question). Par exemple, les enquêtés passent très peu de temps sur les questions fermées de « datation » (en moyenne 6,4 secondes), mais ces questions sont aussi très courtes. Elles se présentent le plus souvent ainsi : « Est-ce que cela vous est arrivé au cours des 12 derniers mois ? oui/non ». Pour les questions ouvertes, le temps de réponse moyen est nettement supérieur à la durée moyenne des fichiers son, alors que c'est l'inverse pour les questions fermées. Autre résultat, qui va dans le même sens : pour les questions ouvertes, entre 34 % et 40 % des réponses sont enregistrées avant la fin de la lecture du fichier son, alors que pour les questions fermées, ce pourcentage varie de 75 % à 88 % selon la nature de la question. Ceci signifie vraisemblablement que, dans le cas d'une question fermée, beaucoup de réponses sont apportées dès qu'une modalité semblant convenir est repérée, sans attendre de lire les autres. De plus, les questions ouvertes nécessitant le plus souvent la saisie de deux à quatre chiffres sur le clavier (par exemple pour indiquer un âge ou une année), elles requièrent un maniement plus long des touches que les questions fermées, pour lesquelles il suffit d'appuyer sur un chiffre de 1 à 9.

Enfin, le thème de la question est aussi un élément déterminant de la durée de réponse. Il ne sera pas étudié en tant que tel ici puisque le questionnaire est construit de telle sorte qu'à un thème correspond une partie du questionnaire : la sexualité d'abord, puis l'alcool, les drogues enfin. Comment dès lors savoir si les phénomènes repérés sur la partie sexualité sont liés plutôt au thème abordé, ou bien au fait que les répondants découvrent la manipulation de l'outil avec

Graphique 3

Durée moyenne de réponse et du fichier selon la nature et la forme de la question



Champ • Personnes âgées de 18-75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

cette partie ? Ces deux aspects sont indissociables ici et, pour pouvoir tirer des conclusions méthodologiques à ce propos, il faudrait prévoir de passer les modules dans un ordre différent sur plusieurs sous-échantillons, ce qui n'était pas envisagé pour l'enquête EVS.

Les caractéristiques des questions posées jouent plus que les caractéristiques sociodémographiques des répondants

L'analyse présentée ci-dessus donne une première idée des facteurs influant sur la durée de réponse à une question donnée. Cependant, plusieurs des effets décrits sont aussi dus à la construction du questionnaire : tout le monde ne répond pas aux mêmes questions, les questions fermées de datation sont plus courtes, etc. Pour tester la significativité de ces caractéristiques et mesurer leur intensité, nous avons isolé les effets propres à chacune de ces dimensions au moyen d'une régression logistique déterminant le risque d'être dans le quartile supérieur du temps de réponse (soit une durée supérieure ou égale à 19 secondes). Les dimensions introduites dans le modèle caractérisent la personne ayant répondu (âge, diplôme le plus élevé, nationalité, sexe) et le type de questions (durée du fichier son, ventilée en deux modalités : de 0 à 19 secondes / 20 secondes ou plus[2] ; forme de la question : ouverte / fermée ; nature de la question : datation / factuel / quantification / ressenti ; partie du questionnaire : à la fois le thème du questionnement et la position des questions dans le questionnaire).

Pour limiter les biais de sélection liés au fait que certaines questions, filtrées par exemple selon le sexe et l'âge, portent seulement sur des populations de répondants spécifiques, l'analyse se limite ici aux seules questions non explicitement filtrées par l'âge et le sexe, soit 34 questions sur les 61 que comporte le questionnaire au total. Sont notamment exclues les questions concernant les drogues illicites, posées seulement aux 18-64 ans. De ce fait, la variable « partie du questionnaire » ne s'applique dans le modèle qu'aux parties sexualité et alcool.

Toutefois, les résultats présentés ci-dessous sont encore à interpréter avec prudence car, si les biais liés aux filtres « externes » du questionnaire auto-administré ont été supprimés, il reste encore des biais liés à des filtres « internes » : le profil des répondants est en effet assez différent d'une variable à l'autre. Par exemple, pour la partie alcool, seuls ceux qui répondent positivement à la question : « Pendant la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous bu des boissons alcoolisées tous les jours ou presque ? » se voient poser la question : « Toujours pendant la semaine qui vient de s'écouler, combien de verres de boissons alcoolisées avez-vous bus samedi dernier ? » Étant donné la complexité de ce questionnaire, nous admettrons cette simplification afin de conserver un modèle lisible, tout en gardant en tête cette limite dans l'interprétation des résultats.

Le premier enseignement de ce modèle est que les caractéristiques de la question ont nettement plus d'influence que celles du répondant. « Toutes choses égales par ailleurs », le fait que la formulation d'un fichier son dépasse 20 secondes multiplie par 13,5 le risque que le temps de réponse dépasse 19 secondes, ce qui est plutôt rassurant quant à l'attention que les enquêtés prêtent au texte qui leur est soumis (tableau 2). Ressort également la forte différence de temps de réponse entre questions ouvertes et fermées. À durée de questionnement et autres caractéristiques égales, le risque que le temps de réponse dépasse 19 secondes est 19,5 fois plus élevé pour une question ouverte que pour une question fermée. Ceci confirme ce qui a été montré précédemment et s'explique par le fait que les questions ouvertes sont plus souvent lues ou écoutées jusqu'au bout, qu'elles nécessitent plus de temps pour réfléchir avant de répondre et pour saisir la réponse (la manipulation du clavier pour saisir la réponse peut s'avérer un peu plus délicate).

2. Cette valeur-seuil correspond à une rupture dans la distribution de la durée des fichiers son, et est très proche du seuil retenu pour la variable expliquée.

Tableau 2

Les caractéristiques influant sur la probabilité d'un long temps de réponse à une question

	Part des temps de réponse élevés (observé)	Probabilité de présenter un temps long de réponse	Rapport de risques
Population de référence (en %)		**6,5**	**1**
Caractéristiques du répondant	**%**	**Écart à la référence (en points)**	**odds ratio**
Âge			
18-24 ans	20,0	-1,0	0,8
25-34 ans	21,5	-0,9	0,9
35-44 ans	25,2	ref.	ref.
45-54 ans	27,7	1,2	1,2
55-64 ans	29,9	2,2	1,4
65-75 ans	32,5	3,0	1,5
Diplôme le plus élevé obtenu			
Aucun diplôme	32,6	1,2	1,2
CEP	33,2	0,9	1,1
Brevet	26,8	-0,8	0,9
CAP, BEP	28,9	ref.	ref.
Bac technique	23,5	-1,4	0,8
Bac général	21,6	-2,3	0,6
Bac + 2	21,8	-2,2	0,6
Bac > 2	20,3	-2,8	0,5
Nationalité			
Français de naissance	26,0	ref.	ref.
Étranger / Nationalité inconnue	31,8	2,0	1,3
Français par naturalisation	30,1	1,4	1,2
Sexe			
Femme	25,2	ref.	ref.
Homme	27,8	1,2	1,2
Caractéristiques de la question			
Durée du fichier son			
≤ 19 secondes	13,2	ref.	ref.
≥ 20 secondes	46,7	41,8	13,5
Forme de la question			
Question fermée	22,4	ref.	ref.
Question ouverte	42,6	51,0	19,5
Nature de la question			
Question factuelle	26,3	ref.	ref.
Question de datation	25,7	-4,1	0,4
Question de quantification	43,7	-3,1	0,5
Question de ressenti	2,4	-2,9	0,5
Partie du questionnaire			
Partie Sexualité	35,6	ref.	ref.
Partie Alcool	16,8	-2,6	0,6
Population totale	**26,4**	**-**	**-**

Note • La situation de référence (réf.) est une question fermée, factuelle, sur le thème de la sexualité, dont le fichier son dure au plus 19 secondes, à laquelle a répondu une femme âgée de 35 à 44 ans, française de naissance, dont le diplôme le plus élevé est un CAP ou un BEP.
L'odds ratio représente le risque d'être dans une situation donnée, à autres caractéristiques données. Il s'agit du rapport entre la probabilité de réponse longue à une question et la probabilité de réponse courte, pour les personnes dans une situation donnée, par rapport aux personnes présentant les caractéristiques prises comme référence. Pour les personnes de la situation de référence, le risque est par construction égal à 1.

Lecture • 20 % des questions lues par les 18-24 ans nécessitent un temps de réponse d'au moins 19 secondes ; le fait que le répondant appartienne à cette catégorie d'âge fait diminuer la valeur de 1,0 point (ou multiplie par 0,8 le risque de dépasser les 19 secondes de temps de réponse) par rapport à celle de la situation de référence, les autres caractéristiques de référence restant inchangées (significatif au seuil de 5 %, de même que pour tous les écarts en termes de probabilité et les rapports de risque présentés dans ce tableau). Pour la population de référence, la probabilité de présenter un temps long de réponse à une question est de 6,5 % et le risque relatif (odds ratio) d'être dans cette situation vaut 1 par construction.

Champ • Questions non filtrées par l'âge et le sexe, appartenant à des questionnaires auto-administrés où au moins deux questions ont été lues, pour lesquels toutes les variables du modèle sont connues, soit 158 752 questions.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Les autres paramètres influant sur le temps de réponse ont des effets beaucoup moins significatifs. Concernant la nature de la question, les questions factuelles semblent générer un temps de réponse plus long, peut-être parce que ces questions peuvent porter sur la déclaration d'événements délicats, ce qui peut susciter des hésitations ou des inquiétudes, liées par exemple à la confidentialité des réponses. Une fois cette hésitation passée, la datation ou la quantification des événements est plus rapide et, s'il y a une hésitation sur ces questions, elle pourrait davantage être liée à un effort de mémoire. On retrouve ensuite l'influence de la partie du questionnaire : « toutes choses égales par ailleurs », les enquêtés ont presque deux fois plus de chances de répondre en plus de 19 secondes dans la partie du questionnaire consacrée aux comportements sexuels (première partie) que dans la partie consacrée à l'alcool (deuxième partie). Ceci s'explique sans doute plus par une meilleure adaptation à l'outil informatique au fur et à mesure de son utilisation, que par un effet purement thématique. Enfin, apparaissent également, mais en second plan, les effets déjà mentionnés des caractéristiques du répondant : être âgé, peu diplômé, de nationalité étrangère, être un homme sont autant de caractéristiques associées, « toutes choses égales par ailleurs », à des temps de réponse plus longs.

Réécoutes, relectures et corrections

Comme nous l'avons vu, le questionnaire auto-administré a été conçu et programmé pour un maniement minimal du clavier, afin de toucher les personnes qui n'avaient que peu ou pas utilisé des ordinateurs auparavant. Les enquêtés répondent aux questions posées en utilisant les chiffres du clavier. Dans le cas d'une question comportant des modalités préétablies, le fait de saisir une réponse valide fait automatiquement passer à la question suivante, selon le jeu des filtres. Dans le cas d'une question ouverte, une fois la réponse saisie, elle devait dans certains cas être validée par la touche « Entrée » pour passer à la question suivante. *A minima*, il suffisait donc à l'enquêté de se laisser guider par le questionnement, et d'utiliser exclusivement les chiffres du clavier et la touche « Entrée ». Cependant, d'autres possibilités étaient également offertes à l'enquêté :

• lancer la relecture du fichier son de la question à l'aide de la touche F11 (sur laquelle était collée une pastille jaune pour aider à visualiser cette option) ;

• se déplacer dans la partie du questionnaire déjà remplie à l'aide des flèches du clavier pour relire les questions déjà saisies ;

• éventuellement, par ce moyen, corriger ses réponses, ce qui pouvait avoir une influence sur les filtres du questionnaire et faire « apparaître » ou « disparaître » des questions.

Lors des tests, la première impression quant à l'aisance de manipulation était plutôt encourageante : « Globalement, la facilité d'utilisation de ce système semble concluante, à l'issue des deux tests au cours desquels ce questionnaire a été éprouvé, puisque même des personnes âgées n'ayant précédemment jamais utilisé un ordinateur s'en sont bien accommodées. La crédibilité de la confidentialité semble également probante » (extrait de la note d'information au comité du label sur le protocole d'enquête). Les données dont nous disposons ici confirment cette première impression.

Nous parlerons de « réécoute » d'un fichier son lorsque la touche qui permet de relancer la lecture du fichier son est activée et si cette opération est effectuée plus de deux secondes après la précédente réécoute (pour éliminer les cas de pressions successives et rapprochées sur la touche jaune ou lorsque la touche est restée enfoncée trop longtemps). On s'intéresse donc ici à la deuxième écoute (voire davantage), lorsque par exemple la question a été mal comprise, ou si un bruit extérieur a perturbé la première écoute.

Nous parlerons de « relecture » d'une réponse saisie si la question est déjà remplie à l'arrivée du curseur permettant de la modifier, si le curseur est resté au moins une seconde sur le champ et si

la question comporte toujours la même réponse lorsqu'on passe à la question suivante. La contrainte de passage d'une seconde au moins sur la question est introduite car il faut parfois remonter nettement avant la question en cours de remplissage pour accéder à celle que l'enquêté souhaite revoir. Dans ce cas, on observe des passages dans la même seconde sur les questions rencontrées « en cours de route », puis un temps plus long sur la question réellement relue.

Nous parlerons de « correction » d'une réponse donnée lorsque la question est déjà renseignée à l'arrivée du curseur et qu'elle comporte une valeur différente en sortie. *A priori*, l'enquêté revient sur un champ pour y modifier la valeur précédemment saisie afin de corriger une faute de frappe ou modifier sa réponse par exemple.

La grande majorité (60 %) des questionnaires auto-administrés se sont déroulés de façon linéaire, sans relectures ou corrections des réponses déjà saisies, ni réécoutes des questions. Dans ce cas, ils sont en moyenne plus courts (5 min 45 s) que l'ensemble (6 min 17 s). Seuls 3 % des questionnaires cumulent les trois phénomènes ; ils atteignent alors près de 9 minutes en moyenne. En revanche, la présence d'au moins un des trois éléments est fréquente.

La réécoute d'au moins une question est observée dans un quart des questionnaires (24,5 %), la relecture dans 16,9 % des cas et la correction dans 15,4 % des cas. La présence d'au moins une relecture et une correction sont liées, puisque corriger une valeur nécessite de se déplacer dans le questionnaire, et se déplacer dans le questionnaire peut amener à relire ses réponses.

L'enquêté peut réécouter plusieurs questions, relire et corriger plusieurs réponses. On définit alors des indicateurs pour mesurer l'intensité de ces phénomènes (encadré 2).

En moyenne, lorsque les enquêtés ont réécouté des questions, ils en ont réécouté 2,1 – soit la même question a été réécoutée plusieurs fois, soit plusieurs questions ont été réécoutées. La relecture a été plus intense (intensité moyenne de 3,6) et la correction moins dense (une seule variable corrigée en moyenne). Ces trois indicateurs se comportent globalement de la même manière : ils sont plus élevés pour les femmes, les personnes âgées, les étrangers et les personnes peu diplômées. L'intensité de réécoute plus élevée chez les étrangers et les personnes âgées peut signaler des difficultés de compréhension. Alors qu'il y a davantage de questionnaires avec au moins une réécoute que de questionnaires avec au moins une relecture, l'intensité de réécoute par variable est inférieure à l'intensité de relecture. Ceci signifie qu'un nombre important de relectures sont concentrées sur peu de questionnaires, et que donc, pour schématiser, quand on commence à savoir se déplacer dans le questionnaire ou à en éprouver le besoin, on en profite pour relire plusieurs questions.

L'intensité de correction, et plus encore l'intensité de réécoute sont très hétérogènes d'une question à l'autre, et font ressortir des spécificités liées à certaines questions. Les modélisa-

Encadré 2

Indicateurs d'intensité de réécoute, relecture et correction des questionnaires auto-administrés

$$\text{Intensité de réécoute} = \frac{\text{Nombre de réécoutes du fichier son associé à la variable}}{\text{Nombre de QAA où la variable est lue au moins une fois}} \times 100$$

$$\text{Intensité de relecture} = \frac{\text{Nombre de relectures de la variable}}{\text{Nombre de QAA où la variable est lue au moins une fois}} \times 100$$

$$\text{Intensité de correction} = \frac{\text{Nombre de corrections de la variable}}{\text{Nombre de QAA où la variable est lue au moins une fois}} \times 100$$

tions de la probabilité de l'occurrence d'au moins une réécoute, une relecture ou une correction soulignent une fois encore le profil spécifique des questions ouvertes, qui multiplient les chances d'observer les trois phénomènes : « toutes choses égales par ailleurs », une question ouverte a 8 fois plus de chances d'être corrigée qu'une question fermée – ce peut être simplement pour corriger des fautes de frappe ou pour changer totalement la réponse. Les personnes âgées et les étrangers sont davantage enclins aux réécoutes, relectures et corrections, et le fait d'être pas ou peu diplômé augmente les chances de réécoute et de relecture. Il est aussi intéressant de noter que les relectures sont plus fréquentes quand le « premier passage » était très rapide ou très long (quartiles 1 et 4), et que la probabilité d'apporter des corrections est plus forte quand une plus grande durée du fichier son est associée à une durée de réponse faible, ce qui suggère que des corrections pourraient succéder à des réponses trop rapides (suivies de remords) à des questions complexes. Par exemple, la question sur le nombre de tests de dépistage du sida effectués, suivie de la datation des tests (ou du dernier test), semble avoir généré des corrections assez nombreuses en faveur du remplacement d'une réponse positive chiffrée par une non-réponse (non-déclaration de tests de dépistage). En revanche, les effets de remords (réponses apportées puis supprimées) sont très limités dans les questions de déclaration de consommation de cannabis ou d'autres drogues.

Les abandons, plus fréquents au tout début du questionnaire

Nous nous intéressons désormais à la non-réponse partielle[3] dans le questionnaire administré, qui se traduit par des interruptions en cours de questionnaire – il n'était en effet pas possible de « sauter » une question puis de continuer. Il s'agit ici d'analyser si certaines parties du questionnaire ont pu particulièrement la provoquer.

Parmi les questionnaires dans lesquels au moins deux questions ont reçu une réponse, 2,2 % ont été interrompus avant la fin. Ce taux augmente régulièrement avec l'âge du répondant. Il atteint 6,6 % chez les personnes âgées de 65 à 75 ans, pour lesquelles le questionnaire était pourtant plus court (seules les personnes de 18 à 64 ans étaient interrogées sur la consommation de drogues illicites) (tableau 3).

« Toutes choses égales par ailleurs », l'âge reste un déterminant majeur de l'abandon en cours d'enquête : l'abandon est plus fréquent parmi les personnes de 55-64 ans, et plus encore parmi celles de 65-75 ans. L'appartenance à une nationalité étrangère et l'absence de diplôme augmentent également les risques d'abandon, notamment parce que, comme l'avaient souligné des enquêteurs lors des tests, les difficultés en langue française ne leur permettent pas de répondre seules au questionnaire, comme le prévoyait le protocole[4]. Le sexe de la personne interrogée et la durée de l'entretien en face à face qui précédait le questionnaire auto-administré n'exercent en revanche pas d'influence significative sur le risque de non-réponse partielle : on aurait pu craindre un effet de lassitude après un entretien déjà long, entraînant un nombre d'abandons important au cours de l'auto-questionnaire, mais cela n'a pas été le cas.

La non-réponse partielle est massivement concentrée sur les premières questions du questionnaire (rappelons que notre définition exclut déjà les questionnaires où une seule variable a été lue, soit environ 170 questionnaires). Dans plus des trois quarts des questionnaires interrompus, quatre questions au plus ont été lues. Ceci est plutôt rassurant vis-à-vis de la construction du questionnement : un pic flagrant d'abandons au milieu du questionnaire aurait signifié un fort

3. Il n'est évidemment pas question ici de non-réponse totale, pour laquelle il n'y a pas de collecte, donc pas de journal des événements associés à la collecte.

4. En cas de difficultés telles, les enquêteurs ne doivent pas aider les enquêtés, d'où l'abandon. Pour les raisons méthodologiques et juridiques expliquant le rigueur de ce protocole (auto-administration stricte, aucune communication des réponses à l'enquêteurs), voir l'article p. 53.

rejet lié à un thème ou à une question. Ici, les personnes qui ont abandonné le questionnaire auto-administré en cours l'ont vraisemblablement fait soit par lassitude, soit par incompréhension, soit par peur de manipuler l'outil informatique, soit parce qu'elles ont été choquées par les premières questions. On peut donc penser qu'elles auraient abandonné quelle que soit la construction du questionnaire.

Quand les abandons ne surviennent pas immédiatement après l'ouverture du questionnaire, ils se trouvent répartis de manière assez homogène sur les deux blocs de questions suivants (interruptions volontaires de grossesse et tests de dépistage du sida d'une part, début de la partie sur l'alcool d'autre part). On peut en conclure que, si les enquêteurs arrivent à convaincre les enquêtés réticents de passer le cap des premières questions, les cas d'abandon sont ensuite très rares, malgré le caractère sensible des trois thèmes abordés. C'est, là encore, un élément encourageant quant à l'adhésion des enquêtés au protocole, à sa crédibilité et aux sujets abordés.

Conclusion

L'exploitation du journal des événements (fichier ADT) associé à l'enquête confirme l'impression encourageante laissée lors des tests quant au bon déroulement de cette partie de la collecte très novatrice car directement réalisée par l'enquêté sur ordinateur. Ainsi, aucune question ne semble avoir posé de difficultés de compréhension manifestes, qui auraient provoqué des

TABLEAU 3

Les caractéristiques des enquêtés corrélées à la non-réponse partielle au questionnaire auto-administré (QAA)

	Part des questionnaires interrompus (observé)	Probabilité d'interrompre le QAA	Rapport de risques (odds ratio)
Population de référence	0,7		1
Caractéristiques du répondant	**%**	**Écarts à la référence (en points)**	
Âge			
18-24 ans	0,3	ns	ns
25-34 ans	1,0	ns	ns
35-44 ans	1,1	ref.	ref.
45-54 ans	1,3	ns	ns
55-64 ans	2,9	+0,9	2,2
65-75 ans	6,6	+2,7	4,8
Diplôme le plus élevé obtenu			
Aucun diplôme	5,6	+1,2	2,6
CEP	5,0	+0,7	2,0
Brevet	1,9	ns	ns
CAP, BEP	1,4	ref.	ref.
Bac technique	0,5	ns	ns
Bac général	0,7	ns	ns
Bac + 2	1,1	ns	ns
Bac > 2	1,0	ns	ns
Nationalité			
Français de naissance	1,9	ref.	ref.
Etranger / Nationalité inconnue	6,5	+1,4	3,0
Français par naturalisation	3,4	ns	ns
Population totale	**2,2**	**-**	**-**

Note • La situation de référence est une femme âgée de 35 à 44 ans, possédant comme diplôme le plus élevé un CAP ou BEP, française de naissance, et ayant eu une durée d'entrevue en face à face avant le QAA dans le 2e quartile.

Lecture • Parmi les répondants de 55 à 64 ans, 2,9 % n'ont pas répondu jusqu'au bout du QAA ; le fait d'appartenir à cette catégorie d'âge fait augmenter la valeur de 0,9 point (ou multiplie par 2,2 les risques de ne pas répondre jusqu'au bout) par rapport à celle de la situation de référence, les autres caractéristiques de référence restant inchangées (significatif au seuil de 5 %). Variables explicatives introduites dans le modèle : âge, sexe, diplôme le plus élevé, nationalité, durée de l'interview en face à face.

ns : non significatif.

Champ • Répondants à au moins deux questions du questionnaire auto-administré, pour lesquels toutes les variables du modèle sont connues, soit 8 893 personnes.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

interruptions en nombre ou auraient donné massivement lieu à des corrections. L'analyse présentée fait apparaître que, de manière générale, les questions ouvertes génèrent des temps de réponse plus longs et des manipulations du clavier plus nombreuses.

Deux populations spécifiques se détachent sur chacun des thèmes analysés : les personnes âgées de plus de 55 ans et les étrangers. Pour ces derniers, des améliorations peuvent être mises en œuvre : ainsi l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS), qui reprend depuis janvier 2007 la même technique de questionnement auto-administré, couvre mieux le champ des répondants non francophones grâce à la traduction des fichiers sons dans plusieurs langues (par exemple, allemand, arabe, portugais, turc). Pour les plus de 55 ans, rien n'a encore été prévu à ce jour dans les expériences ultérieures, mais on pourrait notamment mettre en œuvre une taille de police plus grande à l'écran.

Bibliographie

Ali J., 2003, « Data quality monitoring using the Blaise audit trail », *SSC Annual Meeting, Proceedings of the Survey Methods Section,* p. 127-132.

Auriat N., 1996, « Les défaillances de la mémoire humaine : aspects cognitifs des enquêtes rétrospectives », *Travaux et documents*, PUF-INED, n°136, 204 p.

Bart O., 2007, « Analyse du comportement des répondants lors de la collecte du questionnaire auto-administré de l'enquête Événements de vie et santé », *Mémoire FCDA*, ENSAI, août, 87 p.

Beck F., Legleye S., Spilka S., 2006, « Les drogues à 17 ans. Évolutions, contextes d'usages et prises de risque », *Tendances*, OFDT, n°49.

Beck F., Peretti-Watel P., 2001, « Les usages de drogues illicites déclarés par les adolescents selon le mode de collecte », *Population*, vol. 56, n° 6, 2001, pp. 963-986.

Brown E., Jaspard M., Schiltz M.-A., 2000, « Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) : un protocole de collecte spécifique pour un sujet vaste et sensible », *Conférence AISO 2000 Statistique, développement et droits de l'homme*.

Gatward R., 2001, « Audio-CASI with Challenging Respondent », *Proceedings of the 7th International Blaise Users Conference*, p. 220-231.

Hansen S.E., Marvin T., 2001, « Reporting on Item Times and Keystrokes from Blaise Audit Trails », *Proceedings of the 7th International Blaise Users Conference*, p. 320-335.

Jaspard M. et l'équipe Enveff, 2001, « Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France », *Population et sociétés*, n° 364, janvier.

Lapierre B., Meyer S., 2006, « Using the Audit Trail Data To Evaluate the Quality of Collection of the Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth », *2006 Joint Statistical Meeting Abstract Book*, p. 234.

Penne M. A., Snodgrass J., Barker P., 2003, « Analyzing Audit Trails in the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) », *Proceedings of the 8th International Blaise Users Conference*, p. 155-174.

Riandey B., Firdion J.M., 1993, « Vie personnelle et enquête téléphonique. L'exemple de l'enquête ACSF », *Population,* 5, pp. 1257-1280.

Riandey B., Schiltz M.A., 2004, « Expérience d'enquêtes sensibles en France », *Symposium 2004 : Méthodes innovatrices pour enquêter auprès des populations difficiles à joindre.*

Rogers S., Gribble J., Turner C., Miller H., 1999, « Entretiens auto-administrés sur ordinateur et mesure des comportements sensibles », *Population*, vol. 54, n° 2, 1999, pp. 231-250.

L'accompagnement clinique des enquêteurs de l'INSEE tout au long de l'enquête EVS :

un dispositif original*

Karine SANSON et Éric GANTIER

Un dispositif d'accompagnement psychologique innovant a été mis en place pour les enquêteurs et gestionnaires d'enquêtes chargés de collecter les données de l'enquête Événements de vie et santé (EVS). L'objectif était de répondre aux inquiétudes exprimées en amont par ces professionnels, pour la réalisation d'une enquête appréhendée comme « sensible ». Plus précisément, il s'agissait de soutenir et d'accompagner les enquêteurs dans leur travail d'appropriation et de passation de l'enquête EVS. Dans ce chapitre, les psychologues responsables de l'élaboration et de la coordination du dispositif présentent les aspects méthodologiques et théoriques de ce dispositif et tirent un certain nombre d'enseignements de cette expérience, au regard des jugements émis par les enquêteurs.

Le dispositif apparaît globalement favorable, son utilité étant largement reconnue par les enquêteurs. Il a surtout permis de faire émerger une réflexion sur ce que pourrait apporter ce type d'accompagnement professionnel à l'exercice du métier d'enquêteur, ce dernier se trouvant à la fois isolé dans sa pratique quotidienne et soumis à des impératifs et une logique de collecte très collectifs et institutionnels.

* L'élaboration proposée dans ces pages s'appuie sur un document interne remis aux représentants de l'INSEE et de la DREES à l'issue de l'intervention de l'équipe de psychologues. Par rapport à ce document de référence, cette contribution ne vise pas l'exhaustivité mais plutôt la mise en perspective des points saillants et significatifs de ce type d'accompagnement clinique et groupal de professionnels.

Au fil de son élaboration, l'enquête Événements de vie et santé (EVS) s'est vite avérée « sensible » du fait d'un certain nombre de questions touchant à la vie privée et à l'intimité des personnes, notamment parce que les personnes interrogées sont invitées à se remémorer des événements potentiellement douloureux, éventuellement honteux, culpabilisants ou franchement traumatiques. Les phases préparatoires de test ont confirmé en partie ces hypothèses.

Il a donc semblé pertinent de s'interroger sur l'impact que cette enquête pourrait avoir, d'une part sur les enquêtés, mis soudainement en position de se rappeler de façon détaillée des éléments de leur vie intime (éventuellement refoulés ou réprimés) et de se confier à un étranger, mais aussi sur les enquêteurs, exposés à recueillir en direct des récits éventuellement très chargés émotionnellement.

C'est dans cette perspective qu'un dispositif d'accompagnement psychologique destiné à la fois aux enquêteurs et aux gestionnaires d'enquêtes chargés de la collecte des données de l'enquête Événements de vie et santé (EVS) a été créé[1] . Un appel d'offre a été lancé pour trouver des psychologues susceptibles de coordonner une équipe de professionnels capables d'animer des séances d'accompagnement clinique des pratiques professionnelles. Ces séances s'adressaient à plusieurs centaines d'enquêteurs de l'INSEE formés aux quatre coins de la France ainsi qu'aux gestionnaires d'enquêtes présents dans les 21 directions régionales de l'INSEE. Les deux psychologues référents qui ont été retenus à l'issue de cet appel d'offre ont animé un groupe de douze psychologues (eux compris).

En complément de ce dispositif innovant, un numéro vert a été mis à la disposition des enquêtés, des enquêteurs et des gestionnaires d'enquête (encadré 1).

Dans ce chapitre, les deux psychologues référents présentent les dimensions méthodologiques et théoriques de ce dispositif d'accompagnement et proposent une analyse critique de l'intervention réalisée, à partir des jugements émis par les enquêteurs.

Un dispositif d'accompagnement fondé sur le partage d'expériences et l'analyse de situations en groupe

Le dispositif consistait essentiellement à instaurer des temps d'expression libre, de partage d'expériences et d'élaboration en groupe autour de récits et situations d'entretiens potentiellement problématiques.

La méthodologie de référence est celle des groupes d'analyse de la pratique (ou groupes de supervision) et des « groupes Balint » (Blanchard-Laville et Fablet, 2002 ; Mellier, 2003). Il s'agit ici, via la participation des professionnels au groupe, de rendre les professionnels capables de contenir les différents éléments déposés (paroles, émotions, etc.) dans le cadre de la passation d'un questionnaire.

Le dispositif d'accompagnement présenté ici se donnait donc pour objectif essentiel de contribuer à ce que cette enquête ne produise pas, de façon incontrôlée, d'effets de violence dommageables pour les enquêtés, les enquêteurs ou leurs formateurs. Le travail d'élaboration groupal autour de l'enquête EVS, soutenu par ce dispositif, a été un des moyens d'atteindre cet objectif. Il a également permis de développer une réflexion plus générale sur les pratiques et problématiques professionnelles des enquêteurs indépendamment d'une enquête particulière.

1. Le dispositif mis en place auprès des gestionnaires d'enquêtes, qui jouent notamment le rôle de formateurs des enquêteurs pour la collecte des données de chaque enquête, se fonde sur les mêmes principes méthodologiques que celui qui s'est adressé aux enquêteurs. Le présent article se centre sur le dispositif mis en place auprès des enquêteurs.

Le dispositif s'est déroulé en deux temps : une séance de préparation avant le démarrage de l'enquête, au moment de la formation des enquêteurs ; et une séance en fin de collecte destinée à gérer la charge émotionnelle accumulée lors de l'enquête[2].

L'objectif de la première séance était d'amener les enquêteurs à réfléchir à la position professionnelle à adopter au cours de la passation du questionnaire face à différentes situations difficiles envisagées et de les aider à se montrer à la fois respectueux des paroles de chaque personne rencontrée et suffisamment « neutres ».

La séance se déroulant en fin de collecte devait permettre aux enquêteurs de gérer des éléments psychiques potentiellement « toxiques » (c'est-à-dire bruts, crus) transmis par certaines situations d'entretiens et de poursuivre le travail de réflexion initié lors de la première séance.

Afin de garantir aux participants des différents groupes une dynamique de travail fondée sur la libre expression et la confiance, chacune des personnes présentes devait respecter les consignes suivantes : respect des horaires et participation aux deux temps du dispositif (préparation et bilan) ; principe de confidentialité et d'anonymat concernant le contenu des échanges au sein des groupes ; principe de non-jugement et de respect de la parole et des positions personnelles de chaque participant.

Un psychologue garant de ces conditions et règles de fonctionnement a animé chacune des séances, en accord avec le code de déontologie de sa profession.

Appréciations des enquêteurs sur le dispositif

Pour évaluer la façon dont les enquêteurs ont perçu ce travail et ce qu'il leur avait éventuellement apporté, il leur était demandé de remplir, à la fin de la seconde séance, une fiche comprenant quatre questions simples. L'objectif était de recueillir les appréciations des enquêteurs sur chacune des deux séances auxquelles ils avaient participé et les remarques ou propositions de modifications qu'ils pouvaient souhaiter exprimer.

1 • « Pensez-vous que la première séance de groupe vous ait été utile pour mener l'enquête EVS ou d'autres enquêtes sur lesquelles vous avez été amenés à travailler depuis ? Si oui, en quoi pensez-vous qu'elle vous ait été utile ? Si non, pourquoi ? »

2 • « Que vous a apporté la séance d'aujourd'hui ? »

3 • « Si un dispositif d'accompagnement psychologique était de nouveau mis en place, souhaiteriez-vous y participer ? »

4 • « Quelles modifications ou améliorations auriez-vous envie de proposer ? »

462 fiches de bilan remplies ont ainsi été récupérées par l'équipe des douze psychologues, ce qui correspond effectivement au nombre d'enquêteurs ayant participé aux deuxièmes séances.

Les questions posées (hormis la troisième) étant des questions ouvertes, les enquêteurs ont parfois apporté plusieurs réponses à une même question. En conséquence, et sauf pour la question 3, la présentation se concentre sur des items dominants apparus lors du dépouillement de l'ensemble des fiches et non sur la liste exhaustive de tous les éléments de réponse apportés par les enquêteurs.

Une première séance jugée utile par une majorité des enquêteurs pour se préparer à l'enquête et partager son expérience

Pour évaluer la « portée » de la première séance, nous nous sommes appuyés sur les réponses recueillies à la question 1 de la fiche de bilan.

2. Rappelons ici qu'un dispositif complémentaire d'écoute au fil du temps a été aussi mis en place, grâce au numéro vert (encadré 1), pour un accompagnement disponible en permanence et non aux seules séances détaillées ici.

Sur un total de 462 réponses, 262 enquêteurs (57%) ont déclaré que la première séance de groupe leur avait été utile pour mener l'enquête EVS ou d'autres enquêtes. Parmi les enquêteurs, 134 (29%) ont répondu négativement, 53 (11 %) ont répondu « peut-être » et 13 (3%) « ne sait pas ».

Le taux de réponses positives est donc nettement supérieur à celui des appréciations négatives ou mitigées. Une lecture un peu plus fine de ces réponses nous permet de mieux cerner en quoi la première séance a pu être perçue comme utile ou non.

À la question « Si oui, en quoi pensez-vous qu'elle vous ait été utile ? Si non, pourquoi ? », les 462 fiches remplies font émerger 740 appréciations. Sur ces 740 réponses, 523 (71%) qualifient le dispositif d'utile et 217 (29%) le jugent inutile.

Ainsi, alors que 57% des fiches font apparaître un jugement globalement positif sur le dispositif, 71% des appréciations plus détaillées vont donc dans le même sens. Cet écart pourrait s'expliquer par le fait que les enquêteurs satisfaits déclinent les motifs de leur contentement alors que les enquêteurs jugeant que le dispositif est plutôt inutile s'exprimeraient de manière plus lapidaire.

Les raisons le plus souvent citées par les enquêteurs pour justifier leur satisfaction à propos de cette première séance renvoient à plusieurs registres.

Encadré

un numéro vert à la disposition des enquêtés, des enquêteurs et des gestionnaires d'enquêtes

Le dispositif d'accompagnement psychologique dont il est question dans ce chapitre est une composante originale de l'enquête EVS. De la même manière, un numéro d'appel téléphonique gratuit (« numéro vert ») a été mis en place pour répondre aux besoins des enquêtés, des enquêteurs et des gestionnaires d'enquêtes.

Un dispositif mobilisant de nombreuses compétences

Dans les enquêtes statistiques du même genre, les problèmes rencontrés sur le terrain se résolvent très souvent par des réactions immédiates des enquêteurs, sur la base de leurs compétences techniques et du savoir-faire acquis en termes de gestion du contact avec les personnes rencontrées. Lorsque des questions inhabituelles ou plus épineuses se posent, il peut arriver aux enquêteurs d'en référer à leurs gestionnaires d'enquêtes, chargés de suivre et d'accompagner tout ce qui peut faciliter leur travail de collecte. Il est très rare que ces interrogations, liées à la rencontre directe avec un ou une enquêté(e), remontent à un niveau hiérarchique supérieur, que ce soit dans les divisions d'enquêtes auprès des ménages des directions régionales ou de la direction générale de l'INSEE. Pour l'enquête EVS, certains entretiens réalisés dans les étapes de test – pas nécessairement très nombreux, mais potentiellement complexes à traiter et éprouvants à surmonter – ayant confirmé les difficultés pressenties, un numéro vert conçu comme un recours pour tous a été mis en place pour six mois à compter du jour de démarrage de la collecte. Étant donné la grande variété des problèmes susceptibles d'émerger à l'occasion d'un questionnaire aussi vaste, ce dispositif devait mobiliser de nombreuses compétences du champ sanitaire et social : psychologues, juristes, médecins, travailleurs sociaux, spécialistes des questions familiales d'ordres divers. Outre ce large éventail de compétences, le numéro vert a mobilisé des professionnels qui étaient aussi, dans leur activité « habituelle », des écoutants téléphoniques. L'École des parents et des éducateurs d'Île-de-France (Epe-IdF), qui a remporté l'appel d'offre ayant permis de mettre en place ce numéro vert, dispose en effet d'un plateau téléphonique aux compétences pluridisciplinaires éprouvées : elle assure notamment l'accueil des appels adressés aux numéros du Fil santé jeunes et de Jeunes violences écoute.

Tous motifs d'appels du numéro vert étaient clairement définis comme légitimes auprès des différents publics concernés (enquêteurs, gestionnaires, enquêtés). Certains pouvaient correspondre à une

- **Un bon moyen de se préparer à l'enquête.** 111 réponses traduisent le sentiment d'être bien préparé à la passation de l'enquête à la suite de la première séance, cette dernière permettant de dédramatiser l'enquête et de « prévenir », en les partageant, certaines craintes. Ce constat est important car il montre que l'un des buts recherchés par cette première séance, à savoir préparer les enquêteurs à la passation d'une enquête particulière, a été atteint pour une partie des enquêteurs.
- **L'échange de vécus et de pratiques avec les collègues.** 108 réponses indiquent que les enquêteurs ont profité de cette première séance pour faire part au sein du groupe de leur vécu et d'un certain nombre d'expériences marquantes rencontrées au cours des différentes enquêtes auxquelles ils avaient participé.

Les enquêteurs ayant fait ce genre de réponses semblent avoir apprécié de pouvoir partager certaines appréhensions avec leurs collègues et d'avoir pu parler de leurs pratiques ; ils semblent aussi considérer que ces échanges ont permis une certaine réassurance par rapport aux compétences déjà construites au fil de leur parcours professionnel. Ce type d'échange, en groupe et animé par un tiers extérieur à l'institution de référence, offrirait donc aux enquêteurs des lieux de parole et de mise en commun, que les séances « en routine » de formation à

« simple » envie de prolonger l'entretien en continuant à parler d'événements ou de problèmes que l'on a abordés avec l'enquêteur, d'autres à un besoin d'informations sur un sujet particulier (« Victime de violences sexuelles pendant l'enfance, puis-je trouver un recours juridique, maintenant que j'ai atteint l'âge adulte ? », « Atteint d'une maladie, je me pose des questions sur le traitement médical que je reçois et souhaiterais avoir des informations supplémentaires » , etc.) ; d'autres enfin, à une demande d'orientation vers des services compétents proches du domicile de l'appelant (justice, services sociaux, médicaux, etc.).

Un bilan globalement positif

Au cours des six mois durant lesquels enquêtés, enquêteurs et gestionnaires d'enquêtes pouvaient appeler, même plusieurs semaines après l'entretien, plusieurs appels ont rapidement été réorientés, par exemple vers un autre numéro tenu par l'Epe-IdF, Inter-services parents, car ils portaient sur des questions sociales générales. Outre ces appels et tous ceux qui pouvaient être « hors-sujet » (concernant directement les directions régionales de l'INSEE, en particulier), 18 « vrais » entretiens téléphoniques ont eu lieu : huit à l'initiative d'enquêteurs et dix émanant d'enquêtés. Cela peut être considéré comme peu, pour 10 000 enquêtés et 500 enquêteurs et leurs gestionnaires d'enquête associés. C'est aussi un signe rassurant indiquant que l'enquête s'est déroulée sans déclencher de nombreuses situations d'urgence ou de détresse. Étant donné la teneur des problèmes traités lors de ces appels, il serait toutefois hasardeux de conclure que l'enquête aurait pu faire l'économie de ce dispositif : c'est en termes qualitatifs, plus que quantitatifs, qu'il s'est avéré réellement utile. On peut par exemple rappeler l'appel d'une enquêtrice à propos d'une enquêtée qui avait déjà réalisé plusieurs tentatives de suicide précédemment et qui a elle-même appelé un peu plus tard. Dans le cadre d'une telle procédure d'urgence, l'anonymat a exceptionnellement été levé et les pompiers ont été envoyés sur place pour porter secours à cette personne. Il s'agit heureusement d'un cas extrême. Certaines demandes ont parfois surgi en rapport avec ce qui s'est passé dans l'entretien lui-même. Dans d'autres cas, enquêtés ou enquêteurs ont saisi l'occasion de la mise à disposition de ce numéro pour être informés ou orientés à propos de problèmes qui n'étaient pas directement liés à l'enquête. Lorsque l'appel avait un rapport direct avec l'enquête elle-même, les questions des enquêtés portaient sur les événements de leur vie que le questionnaire avait pu mettre au jour (endettement, divorce, problèmes de santé de soi-même ou d'un proche, harcèlement subi, etc.), et celles des enquêteurs sur la difficulté à accomplir ce travail ou sur la résonance que les propos tenus par les enquêtés pouvaient trouver en eux, compte tenu de leurs propres préoccupations ou parcours de vie.

la passation des enquêtes ou de bilan, notamment pendant les habituelles phases de test, ne permettraient que peu ou pas assez.

- **L'élaboration de solutions pratiques.** 65 réponses soulignent que cette séance a permis d'élaborer des solutions susceptibles d'aider les enquêteurs à gérer les situations difficiles et à « désamorcer » des moments compliqués, qu'ils aient été déjà vécus au cours d'enquêtes antérieures ou non : par exemple, « l'effondrement » d'une personne interrogée ou encore la nécessité de « recadrer » une personne qui irait au-delà du cadre fixé par le questionnaire. Ce jugement comme le suivant porte sur le métier d'enquêteur dans sa globalité.
- **La consolidation de l'identité professionnelle des enquêteurs.** À 61 reprises, est apparue l'idée que ce premier travail de groupe avait permis aux enquêteurs de construire ou d'affirmer une position et une identité professionnelles faites de compétences et de savoir-faire spécifiques.

Ces enquêteurs ont effectivement exprimé, au cours des séances de groupe, leur regret de ne pouvoir profiter de temps de rassemblement spécifiquement dévolus au partage de ce qui fait (ou ferait) l'identité et la spécificité de leur profession, à savoir un certain nombre de représentations et de compétences spécifiques.

Une première séance parfois jugée inutile et « dramatisante »

Sur les 217 appréciations qualifiant la première séance d'inutile pour le bon déroulement de l'enquête EVS, quelques items dominants peuvent être mis en évidence.

- **Séance n'ayant servi à rien au cours de l'enquête.** Sur les 217 réponses à connotation négative, 60 reflètent le sentiment de certains enquêteurs de n'avoir rien retiré de particulier de cette première séance, notamment parce qu'en tant qu'enquêteurs, ils possèdent déjà un savoir-faire et une expérience suffisamment affirmés pour se sentir aptes et en confiance au moment d'aborder ce type d'enquête.
- **Une dramatisation des risques potentiels de l'enquête.** 40 réponses soulignent le sentiment d'avoir « subi » une dramatisation inutile des risques potentiels liés à cette enquête, alors même que rien de particulier ne s'est passé dans la conduite des entretiens pour la plupart d'entre eux.
- **Le manque de conseils et de solutions concrètes apportés par les psychologues**. À 23 reprises, ce regret a été exprimé par les enquêteurs. Il renvoie à une demande récurrente des participants, même chez ceux ayant trouvé la première séance utile, à savoir de suivre régulièrement des stages de formation continue afin de consolider les savoir-faire déjà développés. Or, il est vrai que l'intervention proposée ne répondait pas à cet objectif à proprement parler, quand bien même elle se trouvait greffée sur le dispositif habituel de formation des enquêteurs, mis en place pour la passation de toute nouvelle enquête. Cette déception semble donc largement associée au fait que les attentes sont très grandes et « structurelles » : les psychologues auraient, idéalement, dû combler une demande, par ailleurs légitime, de conseils et de solutions « clefs en main » facilitant l'exercice tous terrains du métier, ce qui n'était pas l'objet de leur concours.
- **Intervention en groupe sans réelle connaissance du questionnaire.** Ce constat est énoncé à 18 reprises. Il est cependant difficile de savoir s'il désigne la méconnaissance des enquêteurs ou des psychologues ou les deux à la fois. L'intervention des psychologues a en effet, dans certaines régions, dû être programmée précocement, avant la formation des enquêteurs à la passation du questionnaire par les gestionnaires d'enquêtes[3], pour des raisons pratiques. Dans ces

3. Avant la ou les journée(s) de formation consacrées à une enquête donnée, les enquêteurs n'ont généralement qu'un très faible aperçu, sinon aucun, du contenu des questionnaires sur lesquels ils vont s'appuyer pour collecter les données d'une enquête. Ils reçoivent parfois un très court document de synthèse retraçant les thèmes et les objectifs de l'enquête, avant de participer à la formation, mais c'est le seul élément d'information direct – très limité – dont ils peuvent disposer avant le contact direct avec le questionnaire, les explications et les consignes de passation qui leur sont délivrées à son propos.

cas, les enquêteurs ne connaissaient pas encore le questionnaire, tandis que les psychologues n'en avaient qu'une connaissance globale et peu détaillée, leur rôle n'étant pas de le présenter aux enquêteurs. Ce décalage entre les attentes des enquêteurs et ce que les psychologues étaient en mesure de proposer peut expliquer en partie cette appréciation.

La seconde séance : un rôle potentiellement structurel et structurant

À la question « Que vous a apporté la séance d'aujourd'hui ? », 768 appréciations ont été enregistrées (toujours parmi les 462 fiches collectées).

- **Un échange de vécus et d'expériences marquantes en groupe.** Ce sentiment a été mentionné à 249 reprises. Il confirme voire amplifie un sentiment similaire exprimé à propos de la première séance - 92 personnes avaient reconnu pouvoir s'appuyer sur le groupe pour exprimer et réfléchir au comportement à adopter face à des situations difficiles.

Ce point semble conforter la pertinence du choix méthodologique, à savoir la mise en place d'une dynamique de groupe à même de permettre à chacun des participants de réaliser un travail de réflexion et une prise de distance vis-à-vis des diverses situations auxquelles il se trouve immanquablement confronté. Ce constat est d'ailleurs confirmé par d'autres items proches de celui-ci : 35 personnes déclarent avoir profité de ce dispositif de soutien pour élaborer les situations difficiles ; de même, 17 participants ont insisté sur le fait d'avoir pu « prendre du recul » par le biais de ce type de dispositif. Dans un registre proche, 38 enquêteurs disent également avoir pu « utiliser » la seconde séance de groupe pour se libérer et évacuer un « trop plein » d'angoisse ou de culpabilité survenues à la suite de cette enquête ou d'autres déjà réalisées.

- **Partager sa pratique et les « astuces » de terrain avec les collègues.** Ce point apparaît à 67 reprises dans les fiches de bilan. Cet item nous semble particulièrement intéressant à relever, car il montre bien à quel point les enquêteurs apprécient de partager leur savoir-faire et leurs « astuces » de terrain avec leurs collègues.
- **La question de la libre expression.** Pour 55 enquêteurs, l'un des apports importants de cette seconde séance est d'avoir pu échanger librement, dans un cadre prévu pour cela et avec un professionnel assurant la régulation de la dynamique du groupe, sur la pratique et le métier d'enquêteur. Ce point est important, dans la mesure où il met bien en avant le fait que ce n'est pas tant le contenu des enquêtes qui peut mettre les enquêteurs en difficulté que le fait de ne pas pouvoir échanger, dans une certaine sérénité, autour des enjeux et des spécificités fortes que le métier induit, par le seul fait de travailler « chez les gens » et autour de leurs représentations parfois les plus intimes.
- **Construction ou consolidation d'une position professionnelle.** Cet item, qui était déjà apparu au cours de la première séance, est énoncé à 40 reprises, ce qui confirme à la fois le point précédent et corrobore le sentiment général de la nécessité (structurelle, au-delà d'une enquête en particulier) pour chacun de s'appuyer sur des représentations communes, partagées et partageables par tous sur le métier et les fonctions d'enquêteur.
- **Un rôle de réassurance.** S'ils en avaient l'intuition, 39 participants ont pris conscience grâce à cette seconde séance que tous les enquêteurs, vivaient plus ou moins les mêmes angoisses lors de la passation et rencontraient des problèmes techniques similaires « sur le terrain » (comme la difficulté à repérer où habite la personne à enquêter ou à entrer en contact avec elle par exemple). En outre, pour 24 participants, ces groupes ont aussi permis une assurance ou une réassurance de leurs compétences, acquises et construites au cours de leur « carrière ». Cette catégorie nous apparaît d'autant plus importante qu'elle semble renvoyer, chez les enquêteurs présents, d'une part, au rôle déculpabilisant et dédramatisant de ce type de dispositif et, d'autre part, à l'existence d'une solidarité potentielle entre différents professionnels.

- **Faire un bilan collectif et avoir un retour sur le déroulement de l'enquête.** 32 personnes ont trouvé qu'il était particulièrement riche et intéressant de clore cette enquête par un bilan rassemblant la totalité des enquêteurs concernés. Le bilan collectif présente le double intérêt de pouvoir mettre un point final à une enquête (de passer à autre chose), et permet aux enquêteurs de situer leur travail, de manière cohérente et moins solitaire, dans un travail d'ensemble. Bien que seuls sur le terrain, ils travaillent malgré tout pour atteindre un même objectif, avec des outils communs mais peu souvent partagés.

Au total, sur 462 enquêteurs, seuls 42 participants ont exprimé le fait de n'avoir rien retiré de la seconde séance. Par conséquent, la séance organisée après la passation de l'enquête a encore plus souvent fait l'objet d'appréciations positives que la première séance.

Une majorité d'enquêteurs prêts à renouveler l'expérience

Une large majorité des enquêteurs ont trouvé un intérêt dans ces séances de groupe et dans le type de travail qui leur était proposé (question 3). Malgré les avis négatifs ou les réserves évoqués ci-dessus, qui suggèrent que le dispositif aurait pu être aménagé différemment, cette première expérience semble donc plutôt positive.

Ainsi, 323 enquêteurs sur 462 (70%) ont répondu qu'ils accepteraient de participer à nouveau à un dispositif d'accompagnement psychologique, 72 (16%) qu'ils ne voudraient pas renouveler l'expérience, 48 (10%) ont répondu « peut-être » ou manifesté leur hésitation à travers différentes formulations et 19 (4%) ont répondu « ne sait pas ».

Analyse critique du dispositif mis en place

Un dispositif entre formation et analyse des pratiques professionnelles

L'analyse critique du dispositif mis en place fait apparaître une certaine ambiguïté quant à la présence des psychologues auprès des enquêteurs. En effet, ce dispositif, conçu pour être avant tout un dispositif de soutien et d'élaboration des pratiques professionnelles, a dans le même temps suscité certaines attentes en matière de formation : tout d'abord, le fait d'inscrire la première séance dans le temps précédant la passation et au cœur même du dispositif de formation à l'enquête prévu par l'INSEE s'est avéré ambigu ; en outre, les enquêteurs, qui avaient manifestement un certain nombre de besoins et d'attentes dans ce domaine, ont parfois espéré que cette intervention leur apporterait des réponses en la matière.

Or, il n'était pas prévu de transmettre des connaissances et des savoir-faire, mais plutôt d'offrir aux enquêteurs un espace pour exprimer leurs ressentis, raconter et penser leurs expériences, échanger avec leurs collègues, c'est-à-dire de leur donner la parole et de les rendre acteurs de cette réflexion sur l'enquête EVS et sur leurs pratiques, pensant qu'ils avaient peu l'occasion de réaliser un tel travail par ailleurs (comme cela s'est largement confirmé dans leurs propos).

L'intérêt que le dispositif semble avoir majoritairement suscité parmi les enquêteurs nous permet de penser que le principe méthodologique de départ, un partage groupal, actif et relativement libre, était effectivement pertinent. En effet, le dispositif proposé semble avoir répondu à un certain nombre de désirs ou besoins tels que : construire ou conforter, à travers les échanges en groupe, le sentiment de partager une identité professionnelle commune ; profiter d'un espace pour réfléchir ensemble aux enjeux du métier d'enquêteurs et à la définition, à la délimitation de leur position professionnelle ; leur permettre d'évacuer des émotions pénibles, etc.

Enfin, l'objectif de l'intervention, qui était avant tout de soutenir et d'accompagner les enquêteurs dans leur travail d'appropriation et dans la passation de l'enquête EVS, a également été

infléchi par l’impossibilité d’organiser une séance intermédiaire juste après le démarrage de l’enquête, comme cela avait été initialement prévu. Elle a été annulée en raison de problèmes logistiques : en effet, les régions de gestion de l’INSEE sont vastes, les enquêteurs sont parfois éloignés du siège régional et la question des emplois du temps de chacun rendait difficile la mise en place de cette séance. L’annulation de cette séance a, de fait, privé les psychologues de la possibilité d’être présents auprès des enquêteurs et disponibles pour eux pendant le déroulement de l’enquête, ce qui aurait probablement contribué à éclaircir le statut du dispositif mis en œuvre, par rapport à la formation aux enquêtes reçue par ailleurs. Rappelons toutefois qu’une écoute (téléphonique) était mise en place en parallèle des deux séances, pour un soutien éventuel en cours de collecte (encadré 1). De la même manière, la dernière séance s’est probablement déroulée un peu tard dans de nombreux groupes, l’enquête ayant pris fin parfois depuis plusieurs semaines.

En conséquence, le dispositif a avant tout répondu à l’objectif de mettre à la disposition des enquêteurs un espace groupal de soutien et de réflexion sur leurs pratiques et leur identité professionnelles. L’enquête EVS a permis de révéler, à travers les émotions et les représentations qu’elle a véhiculées tout au long de notre travail dans les groupes, les enjeux essentiels, les difficultés mais aussi les compétences et les besoins ou attentes qui traversent de manière très générale le réseau national des enquêteurs.

Limites et enseignements

S’il fallait aujourd’hui mettre en place un nouveau dispositif pour accompagner une autre enquête dite « sensible », nous introduirions quelques modifications mais sans en changer l’objectif de fond, à savoir réaliser un travail de soutien de l’identité professionnelle à travers un dispositif groupal d’expression, d’analyse et d’élaboration centré sur l’expérience et les pratiques professionnelles des enquêteurs.

Pour tenir compte des limites du dispositif mis en place à l’occasion de l’enquête EVS, il faudrait éviter d’intervenir dans le cadre des journées de formation des enquêteurs, laissant les gestionnaires animer ce dispositif. Pour ce faire, il faudrait pouvoir en partie s’affranchir des contraintes matérielles (logistiques, pour l’essentiel), ce qui n’est pas chose aisée. En revanche, et même si cette organisation s’avérait plus délicate à trouver, la première séance avec les enquêteurs pourrait être mise en place peu de temps après le démarrage de la passation, à un moment spécialement réservé pour ce travail, ce qui leur permettrait de rejoindre le groupe avec, selon leur propre choix, une expérience de l’enquête déjà plus ou moins avancée, et de venir avec leur propre représentation des fonctions possibles et de l’utilité de cette première séance (se préparer à la passation ou évoquer et réfléchir aux premiers questionnaires déjà administrés).

La seconde séance devrait quant à elle avoir lieu juste avant la fin de la collecte ou peu de temps après, afin de conserver sa fonction de bilan collectif, tout en s’inscrivant dans une temporalité encore proche de la passation.

Conclusion

Nous retenons de ce travail à la fois le sentiment d’un grand professionnalisme et d’une grande compétence des enquêteurs, notamment en termes de capacités d’adaptation aux enquêtés, de tact, de savoir-être et d’aptitudes relationnelles et, en même temps, le sentiment d’une grande solitude de ces mêmes professionnels.

« Cheville ouvrière » du recueil de données, les enquêteurs sont confrontés dans leur activité professionnelle à des situations parfois très éprouvantes et complexes dont ils peuvent avoir

besoin de parler à un moment ou un autre, ainsi qu'à des questions délicates concernant la délimitation de leur position professionnelle. Ces questions renvoient les enquêteurs, dans leur tentative de trouver des points de repères stables pour soutenir leur pratique professionnelle, à deux notions fort différentes mais complémentaires, dont l'articulation se pose parfois de manière épineuse : il s'agit des notions d'éthique et de déontologie. Ces notions, qui entrent en ligne de compte dans la construction et le maintien de leur identité professionnelle, viennent dans le même temps mettre en avant le conflit auquel ils se trouvent confrontés : une pratique individuelle qui s'inscrit au sein d'une référence professionnelle commune. En effet, autant l'éthique vient s'appuyer sur une démarche et un questionnement individuels (conduisant à des pratiques de fait hétérogènes car elles expriment une position personnelle), autant la déontologie pose bien la question d'une inscription collective et officielle d'une position professionnelle. Cependant, une déontologie ne se décrète pas : elle doit se construire en s'étayant sur les expériences de chacun et se doit d'être partagée et partageable. Le dispositif d'accompagnement proposé aux enquêteurs ainsi qu'aux gestionnaires d'enquêtes semble avoir mis en évidence, avec insistance, cette nécessité d'articulation entre ces deux positions, individuelle et collective, voire institutionnelle.

Les enquêteurs ne sont toutefois pas totalement isolés face à ces questions : le rôle de formation et d'appui quotidien joué auprès d'eux par les gestionnaires d'enquêtes est à cet égard très important, de même que les moments, même informels et ponctuels, de discussion collective, surtout au stade de la préparation des enquêtes (séances de formation et de bilan).

Bibliographie

Blanchard-Laville C., Fablet D. (sous la dir. de), 2002, *Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles*, L'Harmattan, coll. « Savoir et formation », Paris, 207 p.

Mellier D., 2003, « Le groupe d'analyse de la pratique (GAP), la fonction « à contenir » et la méthodologie du groupe Balint », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 39, pp. 85-102.

L'influence du mode de collecte sur la mesure des prévalences de consommation de substances psychoactives

Comparaison entre l'enquête EVS et le Baromètre santé 2005

François BECK, Romain GUIGNARD et Stéphane LEGLEYE

La littérature internationale enseigne que la consommation de substances psychoactives serait plus facilement avouable en cochant une case dans un questionnaire auto-administré, de surcroît lorsque celui-ci est mené sur ordinateur, qu'en répondant à un enquêteur par téléphone. À partir de la comparaison de deux enquêtes françaises menées en 2005, l'enquête Événements de vie et santé (EVS) et le Baromètre santé, ce chapitre analyse le possible impact du mode de collecte sur la déclaration de telles pratiques par les personnes âgées de 18 à 64 ans.

Contrairement au contexte américain, dans lequel la supériorité du recours au questionnaire auto-administré fait l'unanimité, les résultats des deux enquêtes apparaissent ici très cohérents : les usages de drogues illicites, déclarés à l'aide d'un questionnaire auto-administré par ordinateur avec écoute au casque (Audio-CASI) dans l'enquête EVS, s'avèrent particulièrement proches de ceux relevés dans le Baromètre santé réalisé par entretien téléphonique. L'Audio-CASI semble en revanche se prêter particulièrement bien à la déclaration de consommation de boissons alcoolisées. Les analyses réalisées à partir des modèles logistiques montrent que l'Audio-CASI semble mieux convenir aux jeunes hommes, tandis que le téléphone offre des résultats plus convaincants pour les femmes et les personnes plus âgées. Avec des nuances, ces deux modes de collecte apparaissent *a priori* bien adaptés aux sujets sensibles.

Dans le domaine des sciences sociales, l'information disponible repose souvent sur des données recueillies par enquêtes auprès des personnes. Il existe différents modes de collecte : entretien en face à face avec un enquêteur, entretien téléphonique, questionnaire papier rempli directement par la personne interrogée puis retourné par voie postale, questionnaire saisi directement par l'enquêté sur ordinateur, etc. Avec ce dernier mode de collecte, les répondants se voient confier un ordinateur portable pour remplir tout ou partie du questionnaire. Les enquêteurs assurent une présence discrète : ils ne prennent pas connaissance des réponses, tout en restant disponibles en cas de difficulté sur une question (mais sans jamais consulter, même dans ce cas, la teneur des réponses données). Le recours à un ordinateur portable permet de gérer les filtres (qui évitent à l'enquêté les blocs de questions qui ne le concernent pas) aussi simplement que dans une enquête téléphonique ou en face à face, ce qui permet d'économiser beaucoup de temps et d'efforts de lecture aux répondants, ainsi que de nombreuses erreurs de remplissage de leur part. Dans un questionnaire papier, soit il n'y a pas de filtre et les individus non concernés par un thème sont tout de même obligés de lire et de répondre aux questions (ils ont alors l'impression, toujours désagréable, de répondre plusieurs fois à la même question), soit il y a des filtres qui complexifient la structure et donc la lecture du questionnaire. La manière de collecter ces données revêt donc une importance cruciale et est devenue depuis quelques décennies une dimension essentielle du travail de recherche, en particulier lorsque celui-ci porte sur des sujets sensibles.

En 2005, à quelques mois d'intervalle, deux grandes enquêtes nationales représentatives des 18-75 ans résidant en ménage ordinaire ont été réalisées. Toutes deux comprennent des questions relatives aux addictions, qui ont été formulées de la manière la plus proche qui soit afin d'être en mesure d'effectuer des comparaisons fiables[1]. En revanche, les modes de collecte sont différents, ce qui fournit une opportunité exceptionnelle d'étudier l'influence du mode de collecte sur la mesure des prévalences de comportements sensibles, telles que les consommations de substances psychoactives : dans l'enquête Événements de vie et santé (EVS) de la DREES, les questions sur les comportements sexuels, l'usage d'alcool et de drogues illicites étaient posées sur un questionnaire auto-administré par ordinateur avec écoute au casque (Audio Computer Assisted Self-Interview ou Audio-CASI), tandis que le Baromètre santé, réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), utilisait un système de collecte assistée par téléphone et informatique Computer Assisted Telephone Interview (CATI).

Des modes de collecte plus ou moins adaptés aux thèmes et aux populations étudiés

L'effet du mode de collecte a déjà été exploré dans la littérature anglo-saxonne, mais surtout auprès des adolescents et jeunes adultes. Ceux-ci constituent, sur les questions d'usages de substances psychoactives, des populations particulières, dans le sens où ils consomment nettement plus de drogues illicites mais présentent des niveaux d'usage régulier d'alcool inférieurs à ceux des adultes plus âgés.

Les études anglo-saxonnes menées depuis plusieurs décennies ont assez clairement souligné que les questionnaires auto-administrés étaient plus adaptés que les autres modes de collecte à la déclaration de comportements susceptibles de compromettre les enquêtés (Hochstim, 1967 ; Wiseman, 1972 ; Siemiatycki *et al.*, 1984 ; Smart, 1985 ; Aquilino et Lo Sciuto, 1990 ; Turner *et al.*, 1992 ; Aquilino, 1994 ; Gmel, 2000 ; Kraus et Augustin, 2001 ; Beebe *et al.*, 2005). Ce

1. Cela n'est pas toujours possible, chaque mode ayant ses propres contraintes, mais des efforts particuliers ont ici été réalisés en ce sens.

résultat est particulièrement probant chez les adolescents, notamment aux États-Unis (Needle *et al.*, 1983 et 1989 ; Fendrich et Johnson, 2001)[2]. Les réponses par questionnaire auto-administré apparaissent en effet plus fiables (Winters *et al.*, 1990 ; Babor *et al.*, 1989 ; Smit *et al.*, 2002), notamment parce que l'absence de « témoin » direct assure le respect de l'anonymat (Malvin et Moskowitz, 1983 ; Rouse *et al.*, 1985).

Les questionnaires auto-administrés, qu'ils soient remplis sur papier ou avec l'aide d'un ordinateur portable, se prêtent bien à la déclaration de comportements susceptibles de compromettre les enquêtés (Tourangeau *et al.*, 2000), qu'il s'agisse de sentiments intimes, douloureux ou susceptibles d'entraîner un rappel à l'ordre. Ce mode de collecte évite de se dévoiler à un enquêteur inconnu et diminue l'effet inhibiteur de l'environnement proche (en particulier familial, lorsque l'enquête a lieu au domicile). Dans le cadre d'enquêtes auprès des jeunes, il a toutefois été montré que si l'auto-questionnaire est rempli en présence des parents, les niveaux observés se révèlent inférieurs (Rootman et Smart Reginald, 1985 ; Horm *et al.*, 1996 ; Tourangeau et Smith, 1996 ; Gfroerer *et al.*, 1997 ; Kann *et al.*, 2002). Le mode de collecte, en lui-même, n'est donc certainement pas suffisant. Il requiert l'accompagnement d'un protocole spécifique et strict (être seul dans la pièce, être interrogé de préférence hors de son domicile, etc.), pour éviter au maximum que le contexte psychologique ou l'environnement matériel dans lequel est placé le répondant n'affaiblisse les effets « vertueux » attendus de la méthode utilisée.

Concernant l'usage de drogues, plusieurs études ont montré que questionnaires auto-administrés papier et par ordinateur avec casque Audio-CASI[3] permettaient d'obtenir des résultats équivalents, que ce soit aux États-Unis (Beebe e*t al.*, 1998 ; Webb *et al.*, 1999 ; Hallfors *et al.*, 2000) ou en Europe (Vereecken et Maes, 2006). Toutefois, de nombreux travaux saluent les performances de la technologie sophistiquée de l'Audio-CASI en population adulte (Miller *et al*., 2004 ; Newman *et al.*, 2002) et adolescente (Turner *et al*., 1998 ; Rodgers *et al.*, 1999).

Dans la littérature sur les modes de collecte dans les enquêtes en population générale, l'entretien téléphonique est aussi présenté comme une alternative intéressante, souvent jugée au moins équivalente à l'entretien en face à face avec un enquêteur pour les enquêtes portant sur la santé (Thornberry, 1987 ; Biemer, 2001 ; Brogger *et al.*, 2002), les sujets sensibles (Mangione *et al.*, 1982 ; Czaja, 1987), ou plus précisément sur l'alcool et les drogues illicites (de Leeuw et Van der Zouwen, 1988 ; Sykes et Collins, 1988 ; Gfroerer et Hughes, 1991 ; Aquilino, 1994 ; Aquilino et Wright, 1996 ; Greenfield *et al.*, 2000 ; Beck, 2000 ; Midanick et Greenfield, 2003).

Enfin, une importante série de tests réalisés par le National Institute on Drug Abuse (NIDA) aux États-Unis en 1991 a montré qu'il était préférable de recueillir les réponses en face à face, avec un questionnaire auto-administré pour les questions jugées les plus sensibles – méthode proche de celle mise en œuvre dans l'enquête EVS – que d'effectuer l'entretien par téléphone. Ces résultats tenaient cependant en partie à une couverture téléphonique parcellaire et excluant un trop grand nombre de ménages susceptibles de consommer des drogues (Turner *et al.*, 1992). Ceci permet de souligner qu'une des difficultés des études méthodologiques sur le mode de collecte est de disposer de données véritablement comparables. Les écarts, à première vue attribuables aux effets des modes de collecte, peuvent parfois résulter aussi d'autres caractéristiques de l'enquête (dans le cas de cette étude américaine, un problème de représentativité de l'échantillon interrogé).

Les avantages respectifs des méthodes doivent donc être nuancés selon les populations qu'elles permettent d'interroger et leur environnement socioculturel. Dans le cadre des enquêtes sur les

2. Une étude relève toutefois une meilleure déclaration en face à face (Stone et Latimer, 2005), mais les résultats de cette étude sont fragiles, dans la mesure où elle ne repose que sur les déclarations de 108 adolescents.

3. Dans la passation d'un questionnaire CASI, l'enquêté lit les questions sur le micro-ordinateur mais ne dispose pas de leur énonciation sonore, ce qui peut poser problème pour les personnes en difficulté de lecture. D'où l'Audio-CASI, avec possible réécoute des questions au casque.

usages de drogues, un projet méthodologique mené sous l'égide de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) en 1999 a permis de comparer les performances respectives des enquêtes en face à face, par téléphone et par questionnaire auto-administré par voie postale auprès d'individus âgés de 15 à 64 ans. Il s'agissait de répéter un même questionnaire, portant principalement sur les usages de substances psychoactives, dans quatre pays (Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et Grèce), avec pour chacun d'entre eux trois échantillons de 800 personnes par mode de collecte, afin de déterminer lequel de ces protocoles se révélait le plus adapté. Ce test concluait à des résultats assez similaires entre les trois méthodes en population adulte (Bless *et al.*, 1999).

En France, ce type de recherche est plus rare. Or certains résultats peuvent apparaître singuliers. En effet, les études méthodologiques menées depuis le début des années 1990 sur les enquêtes portant sur des thèmes sensibles ont montré que les enquêtes téléphoniques offraient de solides garanties de fiabilité (ACSF, 1992 ; Guilbert *et al.*, 1999). Toutefois, concernant la consommation de drogues des adolescents et des jeunes adultes, le questionnaire papier auto-administré semble fournir de meilleurs résultats que le téléphone (Beck et Peretti-Watel, 2001). Par

ENCADRÉ

L'enquête EVS et le Baromètre santé : éléments de comparaison

Nous ne reviendrons pas en détail ici sur la présentation méthodologique de l'enquête EVS, largement présentée dans la première partie de cet ouvrage (voir p. 17-68).

Les deux enquêtes ont été réalisées suivant un sondage à deux degrés (logement puis individu résidant dans ce logement, sélectionné par la méthode anniversaire).

• Échantillonnage

Le Baromètre santé de l'INPES est une enquête téléphonique réalisée à l'aide du système de collecte assistée par téléphone et informatique (CATI). Pour assurer la représentativité de l'enquête sur l'ensemble de la population, un échantillon d'environ 4 000 individus issus de ménages ne possédant qu'un téléphone mobile a été interrogé, en plus des 26 500 individus possédant une ligne fixe à leur domicile. L'échantillon comprend ainsi 30 514 individus de 12 à 75 ans. Les données ont été pondérées par le nombre de lignes téléphoniques du foyer et la probabilité de tirage au sein du ménage, pour compenser le fait qu'un individu vivant avec beaucoup de personnes (ménage nombreux) a moins de chance d'être tiré au sort. Les données ont ensuite été calées sur les données du recensement de la population de 1999.

• Non-réponse

Les taux de refus et d'abandon observés dans le Baromètre santé variaient selon la nature de l'abonnement téléphonique. Parmi les individus issus de ménages répertoriés sur les pages blanches, 34 % ont refusé de participer à l'enquête et 7 % des individus ont abandonné en cours d'entretien. Ces taux apparaissent plus élevés pour les ménages inscrits sur liste rouge (respectivement 45 % et 5 %) et ceux qui ne possèdent qu'un téléphone mobile (40 % et 3 % d'abandons). L'anonymat et le respect de la confidentialité sont garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone qui a reçu l'aval de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)[1].

• Caractéristiques des populations étudiées

Les données ont été calées sur le recensement de la population de 1999 dans le Baromètre santé et sur celles de l'enquête Emploi en continu 2005 dans l'enquête EVS. Les sources de données et les années de référence étant différentes, les marges apparaissent différentes pour les deux enquêtes.

Concernant l'âge, les personnes âgées de 55-64 ans se trouvent légèrement sous-représentées dans le Baromètre santé (15 % des 18-64 ans contre 18 % dans l'enquête EVS). Au niveau du diplôme, on

• • •

ailleurs, il convient de souligner que la plupart des études sur l'influence du mode de collecte portent le plus souvent sur des échantillons expérimentaux de taille modeste. L'avantage de la comparaison envisagée ici est la puissance statistique offerte par l'échantillon constitué du regroupement de deux enquêtes de grandes tailles, qui totalisent environ 33 000 individus âgés de 18 à 64 ans[4].

Alcoolo-dépendance : une plus forte prévalence dans l'enquête EVS

Dans les deux enquêtes, les échantillons sont de taille importante : respectivement 8 350 et 24 674 personnes de 18 à 64 ans ont été interrogées dans l'enquête EVS et le Baromètre santé, ce qui offre une très bonne sensibilité aux tests. Pourtant, la plupart des différences observées se révèlent non significatives (tableau 1).

Les différences significatives concernent surtout l'alcool. L'écart est particulièrement net pour une mesure moins factuelle que d'autres, celle de l'usage « problématique » d'alcool par le

observe une déstructuration pour le Baromètre santé, où l'on trouve moins d'individus ayant un diplôme inférieur au baccalauréat parmi les 18-64 ans (49 % contre 55 %), dans la mesure où le diplôme ne faisait pas partie des variables de redressement du Baromètre santé. Cet écart peut avoir plusieurs autres origines : d'un côté, l'enquête téléphonique pourrait favoriser une sur-déclaration du diplôme ; de l'autre, les taux de refus seraient plus forts au sein des populations les moins diplômées. Ces deux explications ne sont pas incompatibles et renvoient à une fragilité de l'enquête téléphonique. Pour les autres variables sociodémographiques (sexe, situation professionnelle et statut matrimonial), les différences apparaissent tout à fait minimes.

• Méthode de comparaison

Afin d'éviter que cette déstructuration ne pèse sur la comparabilité des variables d'intérêt (les usages de substances psychoactives), les données pondérées du Baromètre santé ont été standardisées pour obtenir la même structure (par croisement sexe/âge) que celle de l'enquête EVS. Cette standardisation ne permettant toutefois pas de redresser le niveau de diplôme du Baromètre santé, des modèles logistiques ajustés sur le sexe, l'âge, la vie de couple, la situation professionnelle et le niveau de diplôme ont ensuite été mis en œuvre afin de contrôler les effets de structure liés aux différences méthodologiques entre les deux enquêtes. Ces modèles ont également été stratifiés sur le sexe et l'âge (18-29 ans et 30-44 ans), pour repérer d'éventuelles interactions entre ces variables et le mode de recueil des données.

Il faut noter que 3 % des 8 350 individus âgés de 18 à 64 ans ayant répondu à la première partie du questionnaire d'EVS en face à face n'ont pas répondu au questionnaire auto-administré, dans lequel étaient posées les questions sur l'alcool et les drogues illicites. Il peut s'agir d'individus qui ne savent pas manipuler un clavier, qui ont une vue défectueuse, qui ne savent pas bien lire ou, plus classiquement, qui ont prétexté cette pause entre les deux questionnaires pour abandonner… Cette attrition s'avère beaucoup moins forte que celle que l'on observe usuellement pour le remplissage de questionnaires auto-administrés sur papier, laissés aux enquêtés après les entretiens en face à face. Elle ne déforme pas la structure de la population interrogée et, de ce fait, n'affecte pas la représentativité recherchée sur la population de référence de l'enquête EVS.

1. Le détail de la méthodologie du Baromètre santé 2005 a été décrit par Beck et Guilbert (2007).

4. La tranche d'âge retenue dans cette analyse est celle des 18-64 ans, les questions portant sur la consommation de drogues illicites n'étant pas posées aux 65-75 ans dans l'enquête EVS.

biais du test DETA (Diminuer, entourage, trop, alcool). Ce test permet d'évaluer le risque de dépendance vis-à-vis de l'alcool. Il est composé de quatre questions simples (Mayfield *et al.*, 1974 ; Rueff, 1989). Au-delà de deux réponses positives, la probabilité d'une consommation excessive d'alcool, voire d'une alcoolo-dépendance, est considérée comme très élevée. Dans l'enquête EVS, 14,4 % des individus ayant déjà consommé de l'alcool sont repérés «positifs» au test DETA, contre 10,3% dans le Baromètre santé 2005.

On constate par ailleurs un écart significatif en ce qui concerne le niveau de consommation d'au moins six verres de boissons alcoolisées au cours d'une même occasion (32,8 % dans l'enquête EVS contre 37,5 % dans le Baromètre santé). Mais cet écart doit être interprété avec précaution. Tout d'abord, cette question n'était pas posée aux consommateurs occasionnels (moins de 2 fois pas mois) dans l'enquête EVS. Cet écart peut également être imputé à une différence dans la formulation de la question : « Vous arrive-t-il de consommer six verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'une même occasion ? » dans l'enquête EVS et « À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus en une même occasion ? » dans le Baromètre santé. La première formulation apparaît moins « normative » que la seconde, où le fait de questionner d'emblée sur la fréquence sous-entend, même s'il est évidemment possible de répondre « jamais », que l'enquêté consomme effectivement parfois plus de six verres. Ces différences de formulation pourraient en partie expliquer pourquoi la prévalence est supérieure dans l'enquête téléphonique.

Tableau 1

Comparaison de la consommation de substances psychoactives des 18-64 ans dans l'enquête EVS et le Baromètre santé 2005

	Enquête EVS (n = 8 350)	Baromètre santé 2005 (n = 24 674)	Significativité
Consommation d'alcool			
DETA [a] positif au cours de la vie	14,4 %	10,3 %	***
Au moins six verres en une même occasion	32,8 %	37,5 %	***
Cannabis			
Expérimentation [b] de cannabis	25,4 %	26,6 %	ns
Usage actuel de cannabis (au moins un usage dans les 12 derniers mois)	7,4 %	7,5 %	ns
Usage récent de cannabis (au moins un usage dans les 30 derniers jours)	5,8 %	4,3 %	***
Usage régulier de cannabis (au moins 10 usages dans les 30 derniers jours)	2,5 %	2,5 %	ns
Autres drogues			
Expérimentations [b] de :			
– cocaïne	2,5 %	2,6 %	ns
– amphétamines	1,2 %	1,5 %	ns
– ecstasy	2,3 %	1,9 %	ns
– champignons hallucinogènes	2,2 %	2,7 %	ns
– poppers	1,5 %	3,9 %	***
– héroïne	1,1 %	0,8 %	ns
– LSD	1,6 %	1,6 %	ns

a. Le test DETA (Diminuer, entourage, trop, alcool) permet d'évaluer le risque de dépendance vis-à-vis de l'alcool. Au-delà de deux réponses positives sur quatre questions simples, la probabilité d'une consommation excessive d'alcool, voire d'une alcoolo-dépendance, est considérée comme très élevée.

b. L'expérimentation désigne le fait d'avoir déjà consommé au moins une fois un produit au cours de sa vie.

*** significatif au seuil de 0,1 % ; ns : non significatif.

Note • Les pourcentages pour les indicateurs du Baromètre santé 2005 sont pondérés selon la probabilité d'inclusion de l'individu et standardisés sur la structure sexe et âge de l'enquête EVS.

Lecture • Parmi les individus interrogés dans l'enquête EVS, 14,4 % ont été détectés positifs au test DETA. Ils sont 10,3 % dans le Baromètre santé 2005. Ces deux proportions sont significativement différentes.

Des niveaux d'usage de drogues illicites très proches entre les deux enquêtes

À propos des drogues illicites, les différences observées apparaissent particulièrement faibles. Seule l'expérimentation de poppers[5] s'avère beaucoup plus élevée dans le Baromètre santé que dans l'enquête EVS (3,9% contre 1,5%). Face à un tel écart, Il faut rappeler que, dans l'enquête EVS, le souci de préserver d'un trop grand nombre de questions les personnes les moins concernées par ces pratiques a conduit à placer, en amont des questions détaillant les usages substance par substance, une question plus « globale » sur les usages de drogues illicites autres que le cannabis : « Avez-vous déjà pris une autre drogue, comme par exemple de la cocaïne, de l'ecstasy, des amphétamines, de l'héroïne ou d'autres drogues ? » Le fait que le poppers n'ait pas été énoncé parmi les exemples a vraisemblablement pu conduire à en minimiser la déclaration, même si cela n'a pas été le cas pour des produits tels que les champignons hallucinogènes ou le LSD. Par ailleurs, ce produit étant en vente libre au moment de l'enquête, certains ont pu ne pas le considérer comme une drogue en tant que telle, d'autant que ce produit est relativement mal connu dans la population générale (Beck et Peretti-Watel, 2000). Si aucune autre enquête menée en population adulte en France n'offre de point de comparaison, les enquêtes menées auprès d'adolescents, scolarisés ou non, fournissent quelques éléments. Ainsi, selon l'enquête ESCAPAD 2005, 5,5 % de jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà expérimenté le poppers (Legleye *et al.*, 2007). Dans le Baromètre santé 2005, 5,6 % des personnes âgées de 18 à 25 ans et 6,3 % des 26-44 ans en auraient expérimenté (Beck *et al.*, 2007). Ces résultats semblent donc plutôt cohérents avec ceux de l'enquête ESCAPAD, réalisée auprès des adolescents à la même époque.

L'autre écart observé, beaucoup plus minime mais significatif, concerne l'usage de cannabis au cours du mois précédant l'enquête : il apparaît légèrement plus élevé dans l'enquête EVS (5,8% contre 4,3% dans le Baromètre santé 2005). En revanche, les niveaux de consommation régulière et au cours de l'année de cannabis apparaissent quasi identiques dans les deux enquêtes[6].

Des effets du mode de collecte liés au sexe et à l'âge des personnes interrogées

Après ajustement sur le sexe, l'âge, la vie de couple, la situation professionnelle et le niveau de diplôme, les écarts observés concernant le test DETA et l'usage récent de cannabis persistent (tableau 2). En outre, les hommes âgés de 18 à 29 ans déclarent plus souvent une consommation « actuelle » de cannabis (au moins une fois dans l'année précédant l'enquête) dans l'enquête EVS alors que les personnes âgées de 30 à 44 ans déclarent plus souvent avoir expérimenté le cannabis dans l'enquête téléphonique. Après contrôle des effets de structure, les consommations de champignons hallucinogènes, d'amphétamines et de cocaïne chez les personnes âgées de 30 à 44 ans sont plus souvent déclarées dans l'enquête téléphonique, et ce plus particulièrement pour les femmes. Les hommes de 18 à 29 ans ont, quant à eux, tendance à rapporter plus fréquemment une expérimentation d'ecstasy, d'amphétamines, de LSD et d'héroïne dans le questionnaire auto-administré.

5. Les poppers sont des préparations contenant des nitrites aliphatiques (nitrites d'amyle, de butyle, de propyle), classés dans la famille des solvants mais aussi des hallucinogènes du fait des effets de type hallucinatoires que leur consommation est susceptible d'engendrer. Leur inhalation produit une brève euphorie, éventuellement accompagnée de rires, une dilatation intense des vaisseaux et une accélération du rythme cardiaque. Ils peuvent être utilisés pour accroître les performances sexuelles.

6. Par souci de comparabilité, les individus qui ont déclaré, en réponse à une question supplémentaire, avoir « juste goûté » au cannabis dans le Baromètre santé n'ont pas été pris en compte dans la mesure de l'expérimentation de cannabis.

Le recours au questionnaire auto-administré semble particulièrement bien convenir aux jeunes hommes, tandis que le téléphone serait une solution bien adaptée aux femmes et aux personnes plus âgées. Si les résultats des comparaisons diffèrent selon les tranches d'âge, ce qui peut correspondre à une appréhension différente des dispositifs techniques proposés selon la génération, les différences observées entre hommes et femmes méritent aussi que l'on s'y attarde. Dans une étude belge menée auprès d'élèves âgés de 13 à 20 ans, confrontant des auto-questionnaires papier avec la méthode CASI, le recours à l'ordinateur avait produit des effets inverses à ceux observés ici, les prévalences étant plus élevées parmi les filles et plus faibles parmi les garçons (Vereecken et Maes, 2006). Cet effet différencié du genre mériterait certainement d'être analysé plus en détail dans des travaux à venir.

Tableau 2

Propension à déclarer une plus forte consommation de substances psychoactives dans l'enquête EVS (ORa - odds ratios ajustés)

		Ensemble		Hommes		Femmes	
		ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %	ORa	IC à 95 %
DETA positif	18-64 ans	**1,40**	1,28-1,54	**1,44**	1,29-1,61	**1,32**	1,13-1,75
	18-29 ans	**1,30**	1,05-1,59	1,25	0,96-1,62	1,37	0,97-1,92
	30-44 ans	**1,24**	1,06-1,45	**1,34**	1,10-1,62	1,07	0,82-1,40
Cannabis							
Expérimentation de cannabis (au moins un usage au cours de la vie)	18-64 ans	**0,85**	0,80-0,91	**0,80**	0,73-0,88	**0,91**	0,82-100
	18-29 ans	0,98	0,87-1,10	1,01	0,84-1,20	0,97	0,83-1,14
	30-44 ans	**0,79**	0,71-0,87	**0,73**	0,64-0,84	**0,85**	0,74-0,98
Usage actuel de cannabis (au moins un usage dans les 12 derniers mois)	18-64 ans	1,03	0,93-1,15	1,01	0,88-1,16	1,07	0,90-1,27
	18-29 ans	**1,17**	1,01-1,35	**1,22**	1,01-1,48	1,10	0,88-1,38
	30-44 ans	0,88	0,73-1,06	0,82	0,65-1,04	0,97	0,72-1,31
Usage récent de cannabis (au moins un usage dans les 30 derniers jours)	18-64 ans	**1,51**	1,33-1,71	**1,39**	1,18-1,63	**1,76**	1,42-2,18
	18-29 ans	**1,61**	1,36-1,89	**1,57**	1,28-1,94	**1,71**	1,31-2,24
	30-44 ans	**1,36**	1,08-1,69	1,18	0,90-1,56	**1,82**	1,23-2,67
Usage régulier de cannabis (au moins 10 usages dans les 30 derniers jours)	18-64 ans	1,09	0,91-1,30	1,07	0,86-1,33	1,14	0,82-1,58
	18-29 ans	1,13	0,90-1,41	1,19	0,91-1,56	1,04	0,69-1,56
	30-44 ans	0,98	0,71-1,36	0,88	0,60-1,30	1,33	0,73-2,45
Autres drogues							
Champignons hallucinogènes	18-64 ans	**0,69**	0,57-0,83	**0,73**	0,58-0,91	**0,59**	0,41-0,85
	18-29 ans	1,06	0,80-1,40	1,22	0,89-1,68	0,73	0,41-1,30
	30-44 ans	**0,52**	0,38-0,71	**0,50**	0,34-0,75	**0,54**	0,31-0,96
Ecstasy	18-64 ans	1,04	0,85-1,26	1,09	0,86-1,37	0,94	0,67-1,33
	18-29 ans	**1,33**	1,04-1,71	**1,58**	1,17-2,14	0,97	0,59-1,50
	30-44 ans	0,84	0,61-1,16	0,76	0,51-1,13	1,02	0,60-1,75
Amphétamines	18-64 ans	**0,73**	0,57-0,93	1,01	0,76-1,35	**0,38**	0,23-0,62
	18-29 ans	**2,01**	1,36-2,98	**2,52**	1,61-3,89	0,99	0,40-2,42
	30-44 ans	**0,57**	0,37-0,87	0,67	0,40-1,12	**0,39**	0,18-0,87
LSD	18-64 ans	0,87	0,69-1,10	0,89	0,68-1,17	0,83	0,52-1,31
	18-29 ans	**1,48**	1,00-2,17	**1,92**	1,27-2,92	0,31	0,07-1,33
	30-44 ans	0,88	0,61-1,26	0,66	0,42-1,06	1,57	0,84-2,95
Cocaïne	18-64 ans	**0,82**	0,69-0,99	0,92	0,74-1,13	**0,65**	0,46-0,91
	18-29 ans	1,24	0,94-1,64	1,40	0,99-1,96	1,00	0,58-1,63
	30-44 ans	**0,74**	0,57-0,96	0,82	0,60-1,12	**0,60**	0,38-0,97
Héroïne	18-64 ans	1,05	0,79-1,39	1,04	0,74-1,46	1,09	0,65-1,82
	18-29 ans	1,56	0,94-2,60	**1,90**	1,06-3,40	0,95	0,27-2,56
	30-44 ans	0,83	0,55-1,25	0,78	0,46-1,25	0,96	0,44-1,89

Note • Les variables d'ajustement sont le sexe, l'âge, la situation matrimoniale et professionnelle et le niveau de diplôme. Les odds ratios ajustés significatifs apparaissent en gras.

Lecture • Les individus de 18-64 ans interrogés dans l'enquête EVS ont 1,4 fois plus de risque d'être détectés positifs au test DETA que ceux interrogés dans le cadre du Baromètre santé, cet écart étant significatif au seuil de 95 %.

Champ • Personnes âgées de 18-64 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Un risque probablement faible de sur-déclaration

Les études portant sur l'effet des modes de collecte dans les enquêtes « sensibles » prennent généralement le parti de considérer qu'une plus forte prévalence est le gage d'une meilleure déclaration. Ce point est parfois discuté : en effet, si le risque de sous-déclaration est souvent bien réel et toujours lié à la difficulté de dire ce qui irait à l'encontre d'une norme dominante (qu'elle soit judiciaire, sociale, etc.), certains contextes peuvent à l'inverse s'avérer propices à une sur-déclaration. C'est le cas par exemple d'un enquêté qui pourrait chercher à impressionner l'enquêteur par un récit biographique flatteur relatant un grand nombre d'expériences avec les drogues (Beck, 2006). Il nous semble toutefois, à l'instar des travaux anglo-saxons, que ce risque est nettement moindre, surtout étant donné les conditions de passation habituelles des enquêtes traitées ici. En particulier, les institutions que représentent les enquêteurs et le caractère délibérément officiel attaché à leur démarche (lettres-avis revêtant les logos des organismes publics porteurs des enquêtes et numéros verts permettant aux enquêtés de s'assurer du sérieux des sollicitations dont ils font l'objet) rendent sans doute la passation des questions peu propice à des effets de démonstration où seraient sur-déclarées des conduites qui vont à l'encontre de la loi ou de pratiques socialement dominantes[7].

Quelques limites de la comparabilité des enquêtes

L'écart de quelques mois entre les deux enquêtes pourrait être souligné comme un facteur possible de divergence, mais n'exerce probablement qu'une faible influence sur les différents niveaux observés.

Les différences de champ de chaque enquête (personnes résidant en ménage ordinaire pour l'enquête EVS, membres de ménages équipés d'un téléphone, fixe ou mobile, pour le Baromètre santé 2005) pourraient aussi expliquer les différences de résultats. Or les ménages injoignables par téléphone sont très peu nombreux en France (entre 1 % et 2 %) dès lors que l'on inclut, comme le fait le Baromètre santé dans son échantillon, les individus ne disposant pas d'une ligne fixe mais ayant un téléphone portable. Par ailleurs, la littérature américaine établit des niveaux d'usage de drogues très proches entre populations joignables ou injoignables par téléphone : l'exploitation de plusieurs exercices du National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA), enquête américaine menée en face à face auprès de 85 000 ménages, dont 5 800 n'étaient pas équipés du téléphone, a permis de comparer les résultats sur les deux types de foyers. Ainsi, le biais, s'il est variable selon les produits, s'avère toujours faible, la population des injoignables par téléphone présentant les mêmes niveaux d'usage que les autres (MacAuliffe *et al.*, 2002). Les écarts entre les champs ne semblent donc pas susceptibles d'expliquer les écarts de prévalences constatés.

Les différences entre taux de réponse observés entre les deux enquêtes[8] pourraient aussi biaiser la comparaison : un meilleur taux de participation a en effet parfois pu conduire à des prévalences plus hautes, les individus les plus difficiles à joindre étant plus souvent consommateurs (Cottler *et al.*, 1987 ; Gfroerer et Hughes, 1991) et, plus largement, déclarant plus souvent des comportements à risque (Nelson *et al.*, 2003). De récents résultats montrent toutefois qu'une telle distinction est probablement négligeable au regard de l'effet du mode de collecte (Grucza *et al.*, 2007).

7. On peut rappeler ici que lorsqu'une modalité leurre (en l'occurrence le « mop ») a été ajoutée dans les enquêtes auto-administrées sur les usages de drogues en population adolescente pour mesurer l'éventuelle propension à sur-déclarer, les prévalences obtenues étaient particulièrement faibles (de l'ordre de 0,1% de l'échantillon).

8. Le mode de détermination du taux de participation à ces enquêtes étant différent, il apparaît difficile d'en donner une stricte comparaison. Quoi qu'il en soit, le taux de participation à EVS, de l'ordre de 70 %, apparaît supérieur à celui du Baromètre santé, de l'ordre de 60 %.

L'effet de halo

Il ne faut pas non plus écarter un possible effet de halo, autrement dit l'influence, lors de la passation des questionnaires, des questions posées au préalable sur les réponses à la question étudiée. En effet, pour comparables qu'elles soient, et notamment parce qu'elles se sont délibérément efforcées d'atteindre un bon niveau de comparabilité à propos des usages de substances psychoactives, l'enquête EVS et le Baromère santé demeurent des enquêtes distinctes, avec des objectifs principaux différents et, de ce fait, des questionnaires distincts. Ainsi, dans l'une comme dans l'autre, l'interrogation sur les pratiques addictives trouve sa place plutôt en fin de questionnaire mais les questions précédant le module sur les consommations de substances psychoactives ne sont pas les mêmes, ce qui constitue un facteur de renforcement potentiel de cet effet de halo. Il est malaisé de démêler un tel facteur des autres effets possibles, en particulier de ceux qui sont imputables au mode de collecte.

Une étude américaine a par exemple montré, d'une part, que le fait d'avoir pu exprimer des comportements positifs en début d'enquête légitimait l'expression ultérieure de pratiques difficiles à admettre et, d'autre part, que plus la thématique couverte par l'enquête aborde un sujet jugé sensible par l'opinion (comme les violences ou le suicide par exemple), plus les niveaux d'alcoolisation relevés sont élevés (Fowler et Stringfellow, 2001). Une autre étude a mis en évidence que plus les questions sont nombreuses sur un thème, plus la probabilité d'obtenir une réponse positive concernant des comportements potentiellement « déviants » de la norme est grande (Brittingham *et al.*, 1998).

Un exemple français d'effet de halo est fourni par la comparaison des résultats de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) [voir Jaspard *et al.*, 2003] et l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) [voir Bajos et Bozon, 2008], concernant la question des violences sexuelles subies par les femmes. Face au doublement des taux de rapports sexuels forcés et tentatives observé entre les deux enquêtes, menées par téléphone à six ans d'intervalle et qui posent des questions formulées dans les mêmes termes, les responsables de l'enquête CSF évoquent une plus grande propension à rapporter ce type d'événements de violence. Il reste toutefois probable que la question sur ces violences sexuelles trouve aussi plus d'écho dans une enquête où les enquêtés ont déjà longuement parlé de leurs pratiques sexuelles tout au long de la vie, plutôt qu'au terme d'une enquête portant plus spécifiquement sur les violences subies (voir l'article p. 99).

Conclusion

Il est donc intéressant de noter que, dans un contexte thématique un peu différent, avec des modes de collecte différents, les prévalences obtenues sont le plus souvent très proches. Cela ne signifie pas que les modes de passation de tous les questionnaires seraient interchangeables, les travaux méthodologiques cités ici en référence montrant bien le poids de tels facteurs. Mais les prévalences obtenues ne démontrent pas clairement la supériorité d'un mode de collecte, qui serait *a priori* particulièrement adapté aux sujets sensibles : si l'on adopte le point de vue classique selon lequel une prévalence plus élevée traduit une meilleure déclaration, le questionnaire auto-administré par ordinateur avec écoute au casque (Audio-CASI) semble mieux convenir aux jeunes hommes, tandis que le téléphone offre des résultats convaincants pour les femmes et les hommes plus âgés. Les éléments présentés dans le cadre de cette étude constituent les premiers résultats d'un travail en cours à l'INPES. D'autres hypothèses méthodologiques seront testées, notamment pour mieux comprendre les différences entre les hommes et les femmes ou entre les jeunes adultes et les autres, afin de progresser sur les meilleures options à prendre lors de la mise en place des enquêtes en population générale portant sur des sujets sensibles.

Bibliographie

ACSF investigators, 1992, « Analysis of sexual behavior in France (ACSF) : a comparison between two modes of investigation, telephone survey and face-to-face survey », *AIDS*, n° 6, p. 315-323.

Aquilino W.S., 1994, « Interview mode effects in surveys of drug and alcohol use. A field experiment », *Public Opinion Quarterly*, n° 58, p. 210–240.

Aquilino W.S, LoSciuto L.A., 1990, « Effects of interview mode on self-reported drug use », *Public Opinion Quarterly*, n° 54, p. 362-395.

Aquilino W.S., Wright D.L., 1996, « Substance use estimates from RDD and area probability samples: Impact of differential screening methods and unit nonresponse », *Public Opinion Quarterly*, n° 60, p. 563-573.

Babor T.F., Kranzler H.R., Lauerman R.J., 1989, « Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory and self-report screening procedures », *Addictive Behaviors*, n° 14, p. 139-157.

Bajos N., Bozon M., 2008, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé,* La Découverte.

Beck F., 2006, *Entre représentativité des échantillons et représentation des usages : l'apport des enquêtes en population générale à la compréhension des usages de drogues*, Thèse de doctorat en sociologie sous la direction d'Alain Ehrenberg, Université René Descartes Paris V, 478 p.

Beck F., 2000, « La tentation de la représentativité dans les enquêtes en population générale sur les usages de drogues », *Psychotropes, revue internationale des toxicomanies*, pp. 7-25.

Beck F., Guilbert P., 2007, « Baromètres santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution », *in* Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES, pp. 27-43.

Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), 2007, *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES, 608 p.

Beck F., Peretti-Watel P., 2001, « Influence du mode de collecte sur les usages de drogues illicites déclarés par les 15-19 ans », *Population*, vol. 56, n° 6, pp. 963-986.

Beck F., Peretti-Watel P., 2000, *Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes*, OFDT, 208 p.

Beebe T.J., Harrison P.A., McRae J.A., Anderson R.E., Fulkerson J.A., 1998, « An evaluation of computer-assisted self-interviews in a school setting », *Public Opinion Quarterly*, n° 62, p. 623–632.

Beebe T.J., Mc Rae J.A., Harrison P.A., Davern M.E., Quinlan K.B., 2005, « Mail surveys resulted in more reports of substance use than telephone surveys », *Journal of Clinical Epidemiology*, n° 58, p. 421-424.

Biemer P.P., 2001, « Nonresponse bias and measurement bias in a comparison of face to face and telephone interviewing », *Journal of Official Statistic*s, n° 17 (2), p. 295-320.

Bless R., Korf D., Riper H., Diemel S., Arvidsson O., Beck F., Hibell B., Kontula O., Kraus L., Partanen J., Ramsay M., Terzidou M., Vicente J., 1999, *Comparability of general population surveys*, The Amsterdam Bureau of Social Research and Statistics, European Expert Group on Drug Use Surveys, EMCDDA.

Brittingham A., Tourangeau R., Kay W., 1998, « Reports of Smoking in a National Survey: Data from Screening and Detailed Interviews, and from Self- and Interview-Administered Questions », *Annals of Epidemiology*, n° 8, p. 393-401.

Brøgger J., Bakke P., Eide G.E., Gulsvik A., 2002, « Comparison of Telephone and Postal Survey Modes on Respiratory Symptoms and Risk Factors », *American Journal of Epidemiology,* vol. 155, n° 6, p. 572-576

Cottler L.B., Zipp J.F., Robins L.N., Spitznagel E.L., 1987, « Difficult-to-recruit respondents and their effect on prevalence estimates in an epidemiologic survey », *American Journal of Epidemiology*, n° 125, p. 329-339.

Czaja R., 1987, « Asking sensitive behavioral questions in telephone interviews », *Quarterly of Community Health Education*, vol. 8(1), p. 23-32.

De Leeuw E.D., Van der Zouwen J., 1988, « Data quality in telephone and face to face surveys : a comparative meta-analysis », *in* Groves R.M., Biemer P.P., Lyberg L.E., Massey J.T., Nicholls W.L., Waksbert J. (Eds.), *Telephone Survey Methodology*, John Wiley & Sons, Inc., p. 283-299.

Fendrich M., Johnson T.P., 2001, « Examining prevalence differences in three national surveys of youth: Impact of consent procedures, mode, and editing rules », *Journal of Drug Issues*, 31(3), p. 615-642.

Fowler F.J., Stringfellow V.L., 2001, « Learning from experience: Estimating teen use of alcohol, cigarettes, and marijuana from three survey protocols », *Journal of Drug Issues*, 31(3), p. 643-664.

Gmel G., 2000, « The effect of mode of data collection and of non-response on reported alcohol consumption : a split-sample study in Switzerland », *Addiction*, n° 95(1), p. 123-134.

Gfroerer J.C., Hughes A.L., 1991, « The feasibility of collecting drug abuse data by telephone », *Public Health Reports*, n° 106, p. 384-393.

Gfroerer J., Wright D., Kopstein A., 1997, « Prevalence of youth substance use: the impact of methodological differences between two national surveys », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 47, p. 19–30.

Greenfield T.K., Midanick L.T., Rogers J.D., 2000, « Effects of telephone versus face to face interview modes on reports of alcohol consumption », *Addiction*, n° 95(2), p. 277-284.

Grucza R.A., Abbacchi A.M., Przybeck T.R., Gfroerer J.C., 2007, « Discrepancies in estimates of prevalence and correlates of substance use and disorders between two national surveys », *Addiction*, n°102(4), p. 623-629.

Guilbert P., Baudier F., Arwidson P., 1999, « Comparaison de 2 modalités d'enquête sur les comportements et attitudes au sujet de l'alcool, du tabac et des drogues illégales », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, pp. 129-138.

Hallfors D., Khatapoush S., Kadushin C., Watson K., Saxe L.I., 2000, « A Comparison of Paper vs. Computer-Assisted Self Interview for School, Alcohol, Tobacco, and Other Drug Surveys », *Evaluation and Program Planning*, vol. 23, n° 2, p. 149-155

Hochstim J., 1967, « A critical comparison of three strategies of collecting data from households », *Journal of the American Statistical Association*, n° 62, p. 976-989.

Horm J., Cynamon M., Thornberry O., 1996, « The Influence of Parental Presence on the Reporting of Sensitive Behaviors by Youth », *in* Warnecke R. (ed.), *Health Survey Research Methods: Conference Proceedings*, Hyatsville MD: National Center for Health Statistics, p. 141-145, (Department of Health Human Services Publication no. (PHS) p. 96-1013.

Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A., 2003, *Les violences envers les femmes en France*. *Une enquête nationale*, La Documentation française, 370 p.

Kann L., Brener N.D., Warren C.W., Collins J.L., Giovino G.A., 2002, « An assessment of the effect of data collection setting on the prevalence of health risk behaviors among adolescents », *Journal of Adolescent Health*, n° 31, p. 327-335.

Kraus L., Augustin R., 2001, « Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: Comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews », *Addiction,* n° 96, p. 459-471.

Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nezet O., 2007, *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD*, OFDT, 77 p.

Mac Auliffe W.E., La Brie R., Woodworth R., Zhang C., 2002, « Estimates of potential bias in telephone substance abuse surveys due to exclusion of households without telephones », *The Journal of Drug Issues,* Fall 2002, p. 1139-1145.

Malvin J.H., Moskowitz J.M., 1983, « Anonymous versus identifiable self-reports of adolescent drug attitudes, intentions ans use », *Public Opinion Quarterly*, n° 47, p. 557-566.

Mangione T.W., Hingson R., Barett J., 1982, « Collecting sensitive data, a comparison of 3 survey strategies », *Sociological Methods and Research*, n° 10, p. 337-347.

Mayfield D., McLeod G., Hall P., 1974, « The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument », *The American Journal of Psychiatry*, 131, p. 1121-1123.

Midanick L.T., Greenfield T.K., 2003, « Telephone versus in-person interviews for alcohol use: results of the 2000 National Alcohol Survey », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 72, p. 209-214.

Miller J.W., Gfroerer J.C., Brewer R.D., Naimi S., Mokdad A., Giles W.H., 2004, « Prevalence of adult binge drinking: a comparison of two national surveys », *American Journal of Preventive Medicine*, n° 27, p.197-204.

Needle R.H., Jou S.C., Su S.S., 1989, « The impact of changing methods of data collection on the reliability of self-reported drug use of adolescents », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, n° 15(3), p. 275-289.

Needle R.H., McCubbin H., Lorence J., Hochhauser M., 1983, « Reliability and validity of adolescent self-reported drug use in a family-based study: A methodological report », *International Journal of the Addictions*, n° 18(7), p. 901-912.

Nelson D.E., Powell-Griner E., Town M., Kovar M.G., 2003, « A comparison of national estimates from the National Health Interview Survey and the Behavioral Risk Factor Surveillance System », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 8, p. 1335-1341.

Newman J.C., Des Jarlais D.C., Turner C.F., Gribble J., Cooley P., Paone D., 2002, « The differential effects of face-to-face and computer interview modes », *American Journal of Public Health*, n° 92(2), p.294-7.

Rodgers S.M., Gribble J.N., Turner C.F., Miller H.G., 1999, « Entretiens auto-administrés sur ordinateurs et mesure des comportements sensibles », *Population,* 54 (2), pp. 231-250.

Rootman I., Smart R. G., 1985, « A Comparison of Alcohol, Tobacco, and Drug Use as Determined from Household and School Surveys », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 16, p. 89-94.

Rouse B.A., Kozel N.J., Richards L.G., 1985, *Self-reports methods of estimating drug use : Meeting current challenges to validity*, NIDA Research Monograph, n° 57, US Government Printing Office, 181 p.

Rueff B., 1989, « Dépistage des malades alcooliques par l'auto-questionnaire Deta », *La presse médicale*, n° 18(33), pp. 1654-1656.

Siemiatycki J., Campbell S., Richardson L., Aubert D., 1984, « Quality of responses in different population groups in mail and telephone surveys », *American Journal of Epidemiology*, n° 120, p. 302-314.

Smart R.G., 1985, « When to do cross-sectional studies », *in* Robins L.N. (ed.), *Studying drug abuse*, Rutgers University Press, p. 47-56.

Smit F., De Zwart W., Spruit I., Monshouwer K., Van Ameijden E., 2002, « Monitoring Substance Use in Adolescents: school survey or household survey ? », *Drugs: education, prevention and policy*, vol. 9, n°3, p. 267-274.

Stone A.L., Latimer W.W., 2005, « Adolescent substance use assessment : Concordance between tools using self-administered and interview formats », *Substance use & misuse*, vol. 40, n° 12, p. 1865-1874.

Sykes W., Collins M., 1988 « Effects of mode of interview: experiments in the UK », *in* Groves R.M., Biemer P.P., Lyberg L.E., Massey J.T., Nicholls W.L. & Waksbert J. (eds.), *Telephone Survey Methodology*, John Wiley & Sons, Inc., p. 301-320.

Thornberry O.T. Jr., 1987, « An Experimental Comparison of Telephone and Personal Health Interview Surveys », *Vital Health Stat 2*, n° 106, p.1-4.

Tourangeau R., Smith T.W., 1996, « Asking sensitive questions: the impact of data collection mode, question format, and question context », *Public Opinion Quartely*, n° 60, p. 275-304.

Tourangeau R., Rips L.J., Rasinski K., 2000, *The Psychology of Survey Response,* Cambridge University Press, 416 p .

Turner C.F., Lessler J.T., Devore J.W., 1992, « Effects of mode of administration and wording on reporting drug use », *in* Turner C.F., Lessler J.T., Gfroerer J.C. (eds.), *Survey measurement of drug use, methodological issues*, US Departement of Health and Human Services Pub, n° 92-1929, DC : Government Printing Office.

Turner C.F., Ku L., Rodgers S.M., Lindberg L.D., Pleck J.H., Sonenstein F.L., 1998, « Adolescent Sexual Behavoir, Drug Use, and Violence : Increased Reporting with Computer Survey Technology », *Science*, n° 280, p. 867-873.

Vereecken C.A., Maes L., 2006, « Comparison of a Computer-Administered and Paper-and-Pencil-Administered Questionnaire on Health and Lifestyle Behaviors », *Journal of Adolescent Health*, n° 38, p. 426-432.

Webb P.M., Zimet G.D., Fortenberry J.D., Blythe M.J., 1999, « Comparability of a Computer-Assisted Versus Written Method for Collecting Health Behavior Information from Adolescent Patients », *Journal of Adolescent Health*, n° 24, p. 383-388.

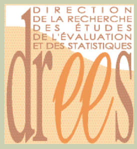
Winters K.C., Stinchfeld R.D., Henly G.A., Schwartz R.H., 1990, « Validity of adolescent self-report on alcohol and other drug involvement », *International Journal of the Addictions*, n° 25, p. 1379-1395.

Wiseman F., 1972, « Methodological bias in public opinion surveys », *Public Opinion Quarterly*, n° 36, p. 105-108.

Si les violences peuvent avoir des effets importants sur la santé, à court ou à long terme, rares sont les enquêtes statistiques qui ont exploré la question sensible des violences sous cet angle. L'une des dernières « grandes » enquêtes abordant ce sujet, l'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France (ENVEFF), se concentrait essentiellement sur les violences subies par les femmes. Pour combler ce manque, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a réalisé en 2005-2006 une enquête auprès de 10 000 personnes âgées de 18 à 75 ans. L'enquête Événements de vie et santé (EVS) apporte un nouvel éclairage sur la question des violences en France : elle interroge à la fois les hommes et les femmes, sur tous les types de violence qu'ils ont pu subir (physiques, sexuelles, psychologiques, atteintes aux biens, etc.) et permet d'en observer le contexte et les conséquences sanitaires et sociales.

Dans cet ouvrage, les auteurs, statisticiens et chercheurs en sciences humaines et sociales ou en santé publique, ont exploité diverses facettes de l'enquête pour tenter de mieux cerner les profils et comportements des personnes qui ont subi des violences ou des événements de vie difficiles, comme le fait de perdre un parent durant l'enfance ou celui d'être placé en foyer ou en famille d'accueil. L'ouvrage propose également des analyses sur les relations entre ces événements et la sexualité, les troubles du sommeil et la consommation de substances psychoactives et aborde la question des répercussions économiques des violences conjugales.

Cet état des lieux s'adresse à tous celles et ceux, citoyens, associations, acteurs politiques et chercheurs qui veulent mieux comprendre ce problème de santé publique et de société.



Direction de l'information légale et administrative
Accueil commercial : 01 40 15 70 10
Commande : 124 rue Henri Barbusse 93308 - Aubervilliers Cedex
Télécopie : 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

DICOM : 10.100
DF : 5HC24110
ISBN : 978-2-11-008372-2

Prix: 16 euros